

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Динаміка змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 202
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Ковальова Ольга Михайлівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

д.психол.н., проф.

(наукова ступінь, вчене звання)

Яковенко Сергій Іванович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАУКОВО ВИВЧЕННЯ ПАМ'ЯТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	7
1.1. Пам'ять як психологічний процес: психологічні засади дослідження.....	7
1.2. Психологічні особливості осіб похилого віку.....	14
1.3. Динаміка змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку.....	20
1.4. Профілактика та корекція змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку....	25
Висновки до розділу 1	38
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	40
2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження особливостей пам'яті при старінні.....	40
2.2. Методичне забезпечення дослідження.....	42
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МНЕСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	47
3.1. Результати емпіричного дослідження особливостей пам'яті при старінні та їх обговорення.....	47
3.2. Практичні рекомендації.....	63
Висновки до розділу 3	73
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	85

ВСТУП

Актуальність теми. Пам'ять відіграє надзвичайно важливу роль в житті людини. Наша психіка не тільки отримує безпосередню інформацію про навколишній світ за допомогою органів почуттів і завдяки мисленню, а й зберігає та накопичує її. Протягом усього життя ми дізнаємося щось нове і накопичуємо інформацію завдяки мнестичним процесам.

Актуальність дослідження пам'яті у людей похилого віку зумовлена тим, що перетин межі ХХІ століття ознаменувався широким розповсюдженням явища демографічного старіння, що охопило більшість країн світу. Під демографічним старінням розуміють збільшення частки людей старших вікових груп в населенні [46]. За оцінками ООН, у 2000 році населення світу у віці 60 років і старше налічувало 600 мільйонів чоловік, що майже втричі перевищувало чисельність цієї вікової групи в 1950 році (205 млн. чоловік). У 2009 році вона перевищила 737 мільйонів чоловік, а до 2050 року складе більше 2 мільярдів чоловік, ще раз потроївшись за період часу в 50 років [10]. За даними Світового Банку частка населення Землі старше 65 років станом на 2019 рік становила рекордні 9,09%, а процес старіння населення Землі з 2010 року різко прискорився. У свою чергу частка населення Землі молодше 14 років досягла свого піку в 1966 році, коли вона становила 38%, після чого неухильно знижується, досягнувши станом на 2019 рік значення в 25,65%. Частка працездатного населення (від 15 років і до 64 років) Землі досягла свого піку в 2014 році, коли вона становила 65,58%, після чого неухильно знижується, досягнувши станом на 2019 рік значення в 65,25% [10].

Характерне для всіх європейських держав явище старіння населення в Україні відбувається приголомшливими темпами. Прогноз вікової структури, складений Відділом демографії і відтворення трудових ресурсів Інституту економіки та прогнозування НАН України на 2026 р. показує, що частка людей пенсійного віку збільшиться до 24,7%, а дітей - зменшиться до 15%, відповідно збільшиться демографічне навантаження людьми старшого віку на працездатних людей. Ці показники уже в 2005 р. становили 23,8% (старшого віку) і 16,3% (молодшого віку),

їх зміна відбувається значно вищими темпами, ніж передбачалась [46]. Вікова структура населення України свідчить про регресивний тип відтворення поколінь: в ній нараховується понад 14,3 млн. пенсіонерів, з них за віком – понад 10,3 млн. осіб, за інвалідністю – понад 2,0 млн. осіб [46]. У розрахунку на 1000 жителів припадає понад 300 пенсіонерів. Відбувається постійне скорочення економічно ефективної частини населення; частка людей у віці 15-24 р. – 15%, а 25-59 р. – 46,7% [46]. Зважаючи на демографічну ситуацію, що склалася у нашій країні, постає необхідність якомога довшого збереження працездатності та функціональних можливостей осіб старшого віку, особливе місце серед яких займають пізнавальні психічні процеси.

У людей похилого віку відзначаються певні проблеми зі здоров'ям, що позначаються і на роботі пам'яті. При цьому істотний вплив на особливості цього психічного процесу у ході старіння людини здійснює її загальний психоемоційний стан, що обумовлюється специфікою актуальної життєвої ситуації.

Психологічні особливості осіб похилого віку представлені в роботах Е. Авербуха, А. Анциферової, Ф. Гізі, В. Іванова, І. Кона. Незважаючи, на те, що вивченням пам'яті займалися такі вітчизняні та зарубіжні вчені як Л. Виготський, Г.Еббінгауз, П. Жане, Ф. Зінченко, О. Леонтьєв, А. Лурія, Г. Мюллер тощо, вивчення динаміки функціонування мнестичних процесів у людей цієї вікової категорії залишається актуальною науковою проблемою. Пов'язано це з тим, що процентна частка досліджень пам'яті в літньому віці, в порівнянні з дослідженнями мнестических процесів у дітей та підлітків, порівняно невелика. Крім цього, оскільки пам'ять являє собою складне психічне явище і характеризується різноманітністю проявів, до теперішнього часу залишаються не вивченими багато аспектів функціонування мнестичних процесів у людей похилого віку. Адже під загальним терміном «пам'ять» мається на увазі певна множина мнестичних процесів (впізнавання, збереження, відтворення тощо), їх системних зв'язків (відомо, що пам'ять - наскрізний психічний процес, що пронизує сприйняття та мислення) і підвидів (наприклад механічна і логічна пам'ять). Особливості функціонування цього розмаїття мнестичних процесів, притаманних літнім людям, залишилися без уваги дослідників, що і підштовхнуло нас зупинитися на проблемі дослідження

психологічних особливостей пам'яті в процесі старіння.

Об'єкт дослідження – мнестична діяльність.

Предмет дослідження – психологічні особливості пам'яті у осіб похилого віку.

Мета дослідження – теоретично вивчити та емпірично дослідити притаманні для людей похилого віку особливості функціонування мнестичних процесів.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

- теоретично дослідити психологічні особливості осіб похилого віку;
- здійснити емпіричне дослідження особливостей пам'яті при старінні;
- емпірично визначити характерні особливості функціонування пам'яті в процесі старіння людини, порівнявши результати діагностичного обстеження досліджуваних раннього похилого віку та пізнього похилого віку;
- розробити практичні рекомендації щодо профілактики та корекція змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку;

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотези були використані наступні методи: теоретичні – вивчення наукових літературних джерел з обраної проблематики, системний аналіз відомостей щодо проблеми функціонування мнестичних процесів у похилому віці, узагальнення накопиченої інформації, встановлення причинно-наслідкових зв'язків; емпіричні – діагностичні методики для вивчення обраних змінних дослідження, а саме методика «Піктограма» А. Лурії, методика дослідження динаміки запам'ятовування «10 слів» А. Лурії, методика діагностики логічної пам'яті «Запам'ятовування 2-х рядів слів»; статистичні методи обробки емпіричних даних.

Характеристика вибірки.

Вибірка розділена на дві вікові категорії: 1) люди раннього похилого віку (від 55 року до 64 років), 2) люди пізнього похилого віку (від 65 до 72 років).

Теоретико-методологічну основу дослідження склали принципи детермінізму, системності, розвитку та активності (Б. Ананьев, А. Брушлинський, Б. Ломов, С. Рубінштейн) вчення про феноменологію пізнавальних психічних процесів Л. Веккера, уявлення про пам'ять, що розроблялися у рамках культурно-

історичного та діяльнісного підходів в психології (Л. Виготський, О. Леонт'єв, Ф. Зінченко, С. Рубінштейн), когнітивні теорії пам'яті (модель Во і Нормана, модель Аткинсона та Шифрина), нейропсихологічна концепція пам'яті А. Лурії.

Теоретична значущість роботи полягає у конкретизації особливостей перебігу мнестичних процесів притаманних старіючій людині, зокрема, динаміки запам'ятовування, особливостей роботи механічної, словесно-логічної та опосередкованої пам'яті.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів емпіричного дослідження у клінічній практиці психологічної допомоги особам похилого віку, які страждають від порушень пам'яті.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАУКОВО ВИВЧЕННЯ ПАМ'ЯТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Пам'ять як психологічний процес: психологічні засади дослідження.

Психічний процес пам'яті виступає складовою пізнавальної сфери особистості та виконує ключову роль в організації її життєдіяльності. Це той процес який відповідає за накопичення та збереження досвіду людини, без якого вона залишилися «вічним немовлям». За допомогою пам'яті людина накопичує інформацію про явища та закономірності оточуючого середовища, синтезує та зберігає свої враження про нього в якості особистих надбань. Феноменологічна природа пам'яті зумовлює її неоціненну роль в розвитку та навчанні індивіда, оскільки саме цей психічний процес «відповідає» за надбання та застосування людиною знань, умінь та навичок. Як вказує О. Кокур пам'ять робить нас спроможними інтегрувати теперішній час з минулим та майбутнім [21, с. 50].

Разом з іншими пізнавальними психічними процесами, зокрема з мисленням, процеси пам'яті посідають провідну позицію в асоціативній діяльності людини та в психології мають назву мнестичних процесів. Дослідники підкреслюють, що мнестичні процеси забезпечують здатність об'єднати наявне тут і зараз сприйняття з минулим, пережите з пережитим, створювати умови для передбачення (антиципації) подій, накопичувати навички, знання, досвід [3; 17; 21; 28; 35; 38].

Отже, пам'ять являє собою систему складних асоціативних динамічних структур. Пам'ять – це пізнавальний процес психічного відображення минулого досвіду і дійсності, що полягає у фіксації (запам'ятовування), ретенції (збереження), репродукції (відтворення) і амнезії (забування) інформації[56]. Прояви людської пам'яті надзвичайно різноманітні. Це пояснюється тим, що пам'ять носить наскрізний характер в психічній діяльності людини і є універсальним інтегратором психіки.

Пам'ять класифікують за формами та видами. Зупинимось більш детально на формах пам'яті.

1. За походженням: видова (генетична), що включає сукупність вроджених

реакцій, які сприяють збереженню життя індивіда; індивідуальна (придбана).

2. За часом збереження інформації: короткочасна (оперативна) – збереження інформації без повторення до 30 с.; довготривала.

3. За характером процесу фіксації і відтворення: мимовільна – запам'ятовування і відтворення відбуваються автоматично, без постановки спеціальних цілей і докладання особливих вольових зусиль; довільна – свідомо ставиться певна мета, докладаються вольові зусилля, використовуються допоміжні заходи (повторення, записи, тренування тощо)[26].

Класифікацій видів пам'яті надзвичайно багато. Зупинимося на деяких з них[56].

1) Механічна пам'ять – збереження інформації здійснюється шляхом багаторазового стереотипного повторення матеріалу без його осмислення і встановлення внутрішніх зв'язків. Використовується для запам'ятовування імен, дат, номерів телефонів та іншої інформації, насилу піддається логічному осмисленню.

2) Наочно-образна пам'ять (конкретна) – запам'ятовування наочних образів, предметів і явищ дійсності, що сприймаються в режимі реального часу, тобто «тут і зараз» (форми, кольори, звуки тощо). Даний вид пам'яті лежить в основі такого явища як ейдетизм, тобто здатності окремих осіб після однократного знайомства з об'єктом безпомилково відтворити його в найдрібніших подробицях. Залежно від ступеня участі в процесі запам'ятовування і відтворення тих чи інших аналізаторів, образна пам'ять поділяється на:

- 1) зорову – забезпечує фіксацію, утримання і відтворення зорових образів попереднього досвіду (особливе значення має для художників, архітекторів, конструкторів, лікарів та ін.);
- 2) слухову – дозволяє запам'ятовувати, утримувати і відтворювати різні характерні звуки, шуми, мелодії, голоси і т.д. (має важливе значення для музикантів, лікарів-інтерністів при прослуховуванні тонів серця, різних шумів і т.д.);
- 3) нюхову – дозволяє запам'ятовувати запахи (необхідна в роботі парфумерів, лікарів різних спеціальностей);

- 4) смакову – дає можливість запам'ятовувати смакові відчуття (найбільш важлива в роботі дегустаторів);
- 5) моторну (рухову) – проявляється в запам'ятовуванні і відтворенні рухів і їх схем (необхідна танцівникам, піаністам, спортсменам, лікарям, робота яких пов'язана з маніпуляціями, – хірургам, ендоскопіст і т.д.).

3) Смысловая пам'ять – передбачає активну участь мислення в процесах запам'ятовування. Запам'ятовування відбувається на основі встановлення значущих смислових та логічних зв'язків між конкретними або абстрактними об'єктами. Включає два різновиди:

- 1) словесно-логічна пам'ять – передбачає активну участь мислення для організації інформації, встановлення істотних зв'язків і взаємозалежностей, що полегшують запам'ятовування;
- 2) словесно-абстрактна пам'ять – забезпечує запам'ятовування словесного і абстрактного матеріалу (поняття, зміст, символи тощо)[26].

4) Емоційна пам'ять – це пам'ять на пережиті почуття; дозволяє зберегти і відтворити пережиті людиною почуття і події, що мали значне емоційне забарвлення. Пережиті та збережені емоції виступають як спонукальні сили до здійснення або відмови від вчинення того або іншого вчинку.

Крім процесів запам'ятовування, збереження та відтворення важливе значення в мнестичній функції мають процеси забування і впізнавання. Забування – процес згасання колишньої інформації, почуттів та навичок зникнення, стирання з пам'яті збереженої раніше інформації різної модальності. Забування часто є природним і дуже доцільним процесом, так як якщо б його не існувало, мозок людини був би переповнений величезною кількістю зайвої інформації. Вважається, що збереження і забування є різними характеристиками одного процесу: збереження – це боротьба з забуванням; при цьому мається на увазі збереження лише потрібної інформації[3].

Впізнавання – поява почуття вже знайомого при повторному сприйнятті. Відтворення відрізняється від впізнавання тим, що образи, закріплені в пам'яті, «оживають» без опори на повторне сприйняття[17].

«Чисті» види і типи пам'яті не зустрічаються. Може йтися тільки про

переважання певного типу пам'яті. Люди, у яких переважає слухова пам'ять, вважають за краще почути інформацію, оскільки вони краще засвоюють матеріал, коли слухають, а не коли записують. Включення же в процес запам'ятовування зорового аналізатора призводить до гальмування слухового і навпаки.

У деяких людей зустрічається так звана синестезія аналізаторів, що означає їх сумісну участь в мнестичних процесах. Наприклад, при відтворенні зорової інформації поживляються «енграми» (сліди пам'яті) того звукоряду, який супроводжував процес запам'ятовування даної зорової інформації. Запуск у дію такого психологічного механізму сприяє кращому пригадуванню інформації.

У осіб з словесно-логічним типом пам'яті з'являються загальні уявлення про зміст почутого або прочитаного у вигляді певних смислових блок-схем, які сприяють збереженню в пам'яті ланцюжка асоціацій. Іноді для кращого запам'ятовування не пов'язаної за змістом інформації створюють штучні зв'язку. В цьому випадку використовується так звана мнемотехніка. Наприклад, використовують прийом «прив'язування» інформації, яка потребує запам'ятовування, до добре знайомих об'єктів. Наприклад, для запам'ятовування послідовності кольорів веселки використовується така фраза як «Каждый охотник желает знать, где сидит фазан». Перша літера кожного слова даного виразу – це перші літера відповідного кольору.

На результативність роботи пам'яті та мнестичних процесів впливає цілий комплекс чинників: значущість інформації, кількість повторень, використання мнемотехнічних прийомів, індивідуальні особливості роботи мозку та психіки людини, в тому числі спадкові і набуті риси, її психофізичний стан, вроджена здатність до концентрації уваги, установка на запам'ятовування. Тому можна стверджувати, що у різних людей в залежності від віку, індивідуально-психологічних особливостей, актуального психоемоційного стану, пам'ять буде функціонувати по-різному. Розвиваючи дану думку, доцільно буде говорити, що індивідуальні відмінності роботи пам'яті в їх крайніх проявах можуть спричинити ряд її патологій. Доцільно зупинитися на них більш детально. В клінічній психології розглядають наступні симптомокомплекси функціонування мнестичних процесів, що відхиляються від норми.

1. Гіпермнезія – посилення пам'яті, що зумовлюється як правило вродженим посиленням можливостей запам'ятовування. В окремих клінічних випадках фіксується спроможність збереження в пам'яті значної кількості малоістотної інформації. Цікаво, що ця яскрава особливість мнестичних процесів не залежить від рівня інтелектуального розвитку людини. У клінічній практиці зареєстровані випадки, коли гіпермнезія спостерігалася у розумово відсталих осіб. Прояви гіпермнезії часто виникають на фоні надмірно підвищеного настрою, ейфорії, коли продуктивність запам'ятовування та відтворення різко збільшується[17].

2. Прямо протилежним за симптоматикою до гіпермнезій є амнезії – втрата пам'яті різного ступеню вираженості. Амнезії систематизуються наступним чином:

1.) По відношенню до періоду часу:

- ретроградна амнезія – з пам'яті стирається інформація, що була збережена безпосередньо перед гострою фазою перебігу хвороби;
- антероградна амнезія – втрата пам'яті про те, що відбувалось в період після гострої фази перебігу хвороби;
- конградна амнезія – часткова або повна втрата спогадів про те, що відбувалось на гострій фазі перебігу хвороби. Досить часто супроводжуються порушеннями свідомості;
- ретроантероградна – тотальне стирання з пам'яті подій до, під час та після гострої фази перебігу хвороби[17].

2.) За критерієм переважного порушення функцій пам'яті виділяють наступні види патологій мнестичних процесів:

- фіксаційна амнезія – втрата або різке зниження здатності запам'ятовувати поточні події. В наслідковому результаті виникає амнестична дезорієнтація. При цьому пам'ять на минулі події та професійні навички залишаються цілими;
- анекфорія – втрата здатності до довільного згадування подій, слів, фактів. Їх можна актуалізувати в пам'яті тільки за допомогою підказок.

3.) За критерієм динаміки перебігу порушень:

- стаціонарна амнезія – стійка втрата здатності до запам'ятовування, що

практично не має динаміки;

- регресуюча амнезія – втрата пам'яті з поступовим її відновленням, яке однак ніколи не буває повним;
- прогресуюча амнезія – втрата пам'яті відбувається відповідно до правила Т. Рібо: стирання спогадів здійснюється в порядку, зворотному накопиченню інформації в пам'яті – спочатку втрачається інформація, що була збережена останнім часом, а більш рання повністю збережена;
- ретардирована амнезія (відстрочена) – пам'ять на події втрачається не відразу, а через певний проміжок часу після піку захворювання.

4.) За критерієм механізму виникнення амнезії:

- афектогенна амнезія – проблеми з пам'яттю з'являються під дією вираженого емоційного напруження, пов'язаного з конкретною життєвою ситуацією і стосуються тільки цієї ситуації;
- істерична амнезія – має психогенну природу та зумовлена включенням механізму витіснення, коли з пам'яті викреслюються лише окремі психотравмуючі події та враження, що не узгоджуються з думкою особистості про себе;
- парціальна амнезія – інформація фіксується частково, частина життєвих епізодів не запам'ятовується (часто спостерігається під час алкогольної інтоксикації)[17].

До порушень мнестичних процесів відносяться також: парамнезії (розлад пам'яті при якому виникають хибні або перекручені спогади, може відбуватися перекручення подій минулого та сьогодення, а також реальних та вигаданих подій), конфабуляції (втрачені шматки інформації заповнюються вигаданими подіями), псевдоремінісценції (зміна порядку хронології подій – реальні події переносяться з далекого минулого в недавнє або даний час), кріптомнезії (в якості спогадів реальних подій, що відбувалися з суб'єктом, сприймається те, що було почуте від інших людей, прочитане в книзі, побачене уві сні тощо).

Необхідно зауважити, що порушення пам'яті зумовлюються переважно за наявності органічної патології головного мозку (ЧМП, нейроінфекції, пухлини,

інтоксикації тощо). При масивних ураженнях головного мозку можливі грубі порушення і випадання пам'яті, пов'язані з зонами ушкодження. До структур мозку, що задіяні в механізмах пам'яті, належать: гіпокамп, мигдалина, таламус, мамілярні тіла, мозочок, кора великих півкуль (рис. 1.1) Додаток 1 [36].

Відомо, що пошкодження гіпокампу погіршує довготривалу пам'ять, лобових часток – смислову пам'ять, домінантної лівої півкулі головного мозку – вербальну. Також відомий так званий амнестичний синдром Корсакова, що проявляє себе у фіксаційній амнезії з наступною дезорієнтацією в навколишньому світі. Парамнезії можуть зустрічатися при алкоголізмі, а також у хворих, які перенесли черепно-мозкові травми, мали пухлини головного мозку, порушення церебрального кровообігу. В медицині та клінічній психології відомі випадки алкогольної енцефалопатії – виникнення органічних уражень головного мозку внаслідок хронічного зловживання алкоголем.

Окрему увагу необхідно звернути на те, що часті розлади пам'яті різного ступеня вираженості характерні для людей похилого та старечого віку, пов'язаних з артеріосклерозом головного мозку або початком атрофічних процесів в мозку (хвороба Альцгеймера). Про стан і особливості пам'яті ми можемо судити в певній мірі на підставі збору анамнезу і відповідей на додаткові питання (відтворення фактів особистого життя, хронології розвитку захворювання, шкільних або професійних знань, історичних подій, та інше)[26].

При ослабленні пам'яті і, тим більше, при її виражених розладах людина не здатна достовірно викласти анамнестичні відомості, забуває приймати ліки, плутає і не виконує лікарські рекомендації. Тому для більш повної оцінки характеру і глибини розладів пам'яті застосовуються спеціальні тести, що будуть використовуватися в емпіричній частині курсової роботи.

1.2. Психологічні особливості осіб похилого віку

Старість – останній етап індивідуального онтогенезу людини який являє собою підсумок життєвого шляху людини. Особливості перебігу процесу старіння у людей похилого віку визначається комплексом внутрішніх та зовнішніх чинників.

Особливе положення хромосом та генотипу людини, що багато в чому визначає індивідуальний обмін речовин, нейроендокринну регуляцію та стабільність імунологічного статусу, виступають внутрішніми чинниками старіння. На думку К. Боженкової, саме від них залежить успішна вікова адаптація організму до змін умов життя[6].

Зовнішні чинники старіння полягають в певному способі життя, рівні фізичної активності, наявності шкідливих звичок, схильності до стресів та хвороб. Згідно з міжнародною класифікацією, період геронтогенеза у чоловіків починається з 60 років, а у жінок з 55 років. Однак на думку фахівців з вікової психології, вікова хронологія сучасної людини може бути представлена інакше: зрілість коливається в межах від 36 до 54 років, особа є людиною похилого віку у віці від 55 років до 74 років, старість починається після 75 років [2; 6; 12; 18; 42; 43].

О. Піонтківська, спираючись на теорію про загальне зниження рівнів реактивних процесів у людини з віком І. Давидовського та розмежовуючи поняття «старість» та «старіння», підкреслює, що ніяких визначених термінів настання старості немає, а біологічний та календарний вік людини часто не співпадають. Процес старіння розвивається нерівномірно та хвилеподібно як в часі, так і в локалізації по органам людського організму. Детермінується цей процес спадковістю і реактивністю, а також зовнішніми чинниками, зокрема, оточенням [40].

У стародавні часи, зокрема у Стародавньому Римі, було розповсюджена думка, що у старій людини зменшується фізична та розумова активність, що призводить до втрати майже всіх життєвих радощів та задоволень і, як наслідок, стрімко наближає її до смерті. Однак пізніше це припущення було спростовано та встановлено, що прагнення до пізнання і гнучкість мислення і суджень є кращий засіб боротьби зі старістю[6].

Ряд емпіричних досліджень свідчать про те, що люди у віці до 60 років здатні

до активного навчання та самоосвіти, зберігаючи гнучку пізнавальну сферу, крім того, мозкова активність в цьому віці забезпечує високі потенційні можливості для продуктивного пізнання і творчості. Зріла людина має високий рівень розвитку функції уваги, тоді як функція пам'яті поступово послаблюється [2; 7;9; 22; 51].

На думку А. Лідерса на етапі пізньої зрілості відповідальність та прагнення до неї є одним з важливих особистісних новоутворень та ознакою цього вікового періоду [42]. Психологічно відповідальна особа є особистістю, яка відповідає за власні вчинки як перед собою, так і перед суспільством.

У ранньому похилому віці переконання і життєві принципи індивіда стають ригідними, малогнучкими, що призводить до появи низької толерантності до іншого погляду на життя. У ряді випадків, відстоюючи свої переконання, людина похилого віку може проявляти агресивну поведінку [6].

Другий пік творчої активності індивіда доводиться на вік від 55 до 60 років. Потрібно пам'ятати, що основною психологічною особливістю людей похилого віку є пошук сенсу прожитого вже життя і доказів виправданості власних ціннісних орієнтацій. У віці 60-70 років у людини з'являється можливість самостійно оцінити результати прожитого життя. Переконання багатьох людей, що старість не може бути приємною і корисною є помилковим. Якщо літня людина відчуває себе спокійною та щасливою, тоді старість можна вважати гармонійним продовженням життя. Основна мета розвитку в старості полягає в усвідомленні і прийнятті того, що вже прожита значна і осмислена частина життя, яка принесла користь як самому індивіду, так і оточуючим[22].

Уміння передати життєвий досвід і знання наступним поколінням є основною передумовою для успішної самоактуалізації і розвитку діалогічності свідомості та самосвідомості, яка передбачає емпатію і здатність розуміти мотиви і логіку інших людей. Внутрішній діалог літньої людини ґрунтується на накопиченому досвіді. Саме тому прийняття поступового завершення свого існування є однією з основних задач розвитку особистості індивіда на даному етапі. В той же час така соціально-психологічна природа процесу старіння виступає основною причиною нервового напруження і стресових станів у осіб похилого віку. «Масла у вогонь» підливають

зміни у життєвому ритмі та різке звуження кола спілкування. Найчастіше відхід від активної трудової діяльності призводить до того, що індивід замикається у собі, може почати уникати спілкування з близькими людьми, сумніваючись у можливості бути зрозумілим для них. Таким чином, самотність стає сильним потрясінням для багатьох літніх людей [47].

Особливо гостро свою самотність переживають ті літні люди, які звуження кола спілкування розцінюють та сприймають як нерозуміння та байдужість зі сторони оточуючих. Відповідно, у багатьох літніх людей формується гострий внутрішньо особистісний конфлікт і когнітивний дисонанс, при якому вони перестають приймати старість як продуктивну частину життя. За О. Данчевою та Ю. Швалбом існує 2 основних види старості: 1) старість, у якій люди похилого віку опинилися у ситуації вимушеної самотності; 2) старості, у якій люди похилого віку обрали шлях самотності-відчуження [55]. Перший тип старості має наступні риси: спроба утримати соціальний і культурний сенс власного буття, пошук тих сфер життя, де можуть бути реалізовані інтереси особистості, але, на жаль, сфери соціальних можливостей виявляються для них вкрай обмеженими; прагнення зрозуміти і навіть виправдати оточуючих і близьких у своїх власних очах та весь час залишаються в потоці життя. Другий тип старості представляє собою стан самотності-відчуження. За цим типом прослідковується відсутність розвитку особистості, здатності і бажання, внутрішньої необхідності усвідомлення самого себе як суб'єкта і, може бути, навіть головного «винуватця» своєї власної життя. Люди випадають з життя, переживають це як свою непотрібність, але всю відповідальність і вину перекладають на інших. Незважаючи на всю зовнішню протилежність цих типів, у них є одна загальна психологічна риса: відсутність здатності зрозуміти, переосмислити, відрефлексувати своє власне життя в цілому[55].

На думку О. Данчевої та Ю. Швалба головна психологічна особливість, яка в старості виводить особистість за рамки зазначених двох типів самотності – це рефлексія, здатність побачити своє життя в цілому, визначити витoki та умови власного розвитку, дати йому оцінку і продовжувати повноцінно жити[55].

У період старіння трудова діяльність перестає бути провідною, індивід

відчуває, як його соціальний статус падає, що призводить до формування у літньої людини високого рівня тривожності, а це стає причиною погіршення самопочуття. При виході на пенсію, літній людині необхідно налагодити нові терени для докладання своїх сил і умінь, інакше коло його інтересів почне поступово звужуватися, а зниження комунікативних здібностей в результаті може привести до емоційного кризи. Коло спілкування в літньому віці, як правило, звужується, слабшають родинні і дружні зв'язки з різних причин, і індивід починає відчувати себе самотньо, крім того, він може втратити допомогу і підтримку з боку оточуючих. Люди похилого віку особливо потребують турботи і уваги, прагнення більш молодших поколінь перейняти їх знання та досвід. Роль дружніх контактів і комунікаційного обміну зростає. Таким чином, байдужість робить згубний вплив на відчуття психологічної безпеки літньої людини[52].

Відсутність дружніх контактів і зниження комунікативних навичок призводить до зміни особистісних цінностей, спрямованості та орієнтацій. Люди похилого віку особливо чутливі до прояву уваги і турботи. Як наслідок – зростає роль дружби.

Як влучно зазначає І. Ушакова, у деяких людей похилого віку часто можна спостерігати надмірну балакучість та надмірне використання ними уточнень, що робить їх мову далекою від суті питання, що розглядається. В більшості випадків така комунікативна поведінка є ознакою дефіциту спілкування. Такі люди немов хапаються за будь-яку можливість поспілкуватися, поговорити, адже здатність до встановлення особистих контактів слабшає, а рідні знають всі розповіді буквально напам'ять. У таких випадках емоційне забарвлення комунікації знижується і, як результат, розвивається стереотипізація мислення і стандартизація спілкування в звичайних умовах [51].

При стереотипізації мислення у літніх людей спостерігається підвищена серйозність, зниження почуття гумору, образливість, тривожність і недовірливість. Багато літніх людей починають страждати психосоматичними захворюваннями. Вони немов переконують себе, що невиліковно хворі. Більше того, вони звикають до відчуттям постійної хвороби, вважаючи це нормою в своєму віці. Основні причини таких станів полягають в помилкових установках, незадоволені амбіції і хронічному

переживанні стресових станів. У частини літніх людей їх скарги не означають наявності захворювання, проте вони продовжують симулювати свій стан, прагнучі привернути увагу близьких і залишатися в центрі уваги[2].

О. Піонтківська наголошує на тому, що біологічне старіння людини характеризується загальним погіршенням фізичного стану людини, інволюційними змінами в організмі людини, навіть на клітинному рівні, «зношенням» органів, зниженням когнітивних здібностей, погіршенням біологічних функцій [40]. Соціальне ж старіння на думку дослідниці проявляється через зміни у соціальній ситуації у зв'язку з виходом на пенсію, припиненням трудової активності, зміною соціальних ролей та втратою попереднього статусу. Психологічне старіння відображається через особливий психологічний стан та настрої щодо себе та навколишнього середовища, відсутністю нових психічних новоутворень, погіршенням наявних психічних функцій, звуженням емоційної сфери[40].

До списку фізіологічних, соціально-психологічних особливостей людей похилого віку можна додати можливе погіршення самопочуття, можливе зниження когнітивних функцій, відчуття власної соціальної ізоляції та непотрібності внаслідок припинення трудової активності, звуження кола контактів, зневіра у власні сили та можливості тощо [40].

Як уже зазначалось, однією з найпоширеніших соціально-психологічних проблем даної вікової групи є проблеми у сфері спілкування. Цей період життя зазвичай характеризується звуженням кола контактів, адже завершуючи трудову діяльність, людина похилого віку, найчастіше втрачає можливість спілкуватися з колегами, з якими була у тісній взаємодії тривалий час. Якісні зміни у спілкуванні людей похилого віку можуть супроводжуватися конфліктами, як з однолітками так і з представниками інших вікових груп, можуть виникати конфліктні ситуації під час спілкування з партнером по шлюбу в силу загострення власних особистісних рис у старості або минулих образ та непорозумінь, найчастіше виникають конфлікти між поколіннями. Відбувається зміна ролей: діти все частіше починають займати батьківську опікунсько-заборонну роль. У багатьох людей похилого віку спостерігаються батьківсько-повчальна позиція до всіх оточуючих, навіть

незнайомих. Ускладнює спілкування у цей період і те, що в силу старіння змінюється і характер літньої людини[40].

Характерною рисою людей на етапі старіння є підвищення рівня залежності від інших людей. Залежність від інших людей, як підкреслює І. Мартинюк розмиває кордони психічної реальності у людей похилого віку, порушуючи їх психологічну безпеку. Саме тому вони відчують напруженість і нерідко переживають так званий синдром «мученика». Симптоматика даного синдрому виражається в тому, що, страждаючи від захворювань (реальних чи вигаданих), людина починає перекладати свої болісні переживання на оточуючих, в тому числі для того, щоб підкреслити власну значущість[34; 35]. Деякі науковці називають даний синдром сценарієм Сізіфа [2]. Досить розповсюдженим цей сценарій є серед самотніх літніх матерів, які таким чином прагнуть впливати на хід життя дорослих дітей.

Для літньої людини вагомим стимулом до повноцінного та наповненого життя є відчуття того, що вона корисна і важлива для близьких людей. Тому особливого значення для них набуває відчуття уваги і розуміння їх мінливого стану зі сторони більш молодих людей. Важливо відзначити, що оточуючі і близькі люди повинні прагнути адаптувати літніх людей до життєвих змін, оскільки механізм адаптації з віком значно слабшає[16].

Отже, старість являє собою природно та невід'ємною частиною життя. Задача, яка стоїть як перед самою людиною похилого віку, так і перед її близькими людьми, це зробити підсумковий етап життєвого шляху продуктивним і цікавим.

1.3. Динаміка змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку

Причиною змін когнітивної сфери в осіб похилого віку служить розлад адаптивної пластичності мозку. Поступовий розпад цього універсального ресурсу головного мозку позначається не тільки на роботі пізнавальної сфери людей даної вікової категорії, але і призводить до змін способу життя, поведінки, статусу індивідуума в суспільстві. Все це відбувається на тлі прогресуючої інверсії психофізіологічних механізмів мозку та його морфологічних змін.

О. Дорогіна зі співавторами виділяють чотири ключові чинники вікових змін мозку:

- 1) ослаблений нейромодуляторний контроль;
- 2) утруднене навчання;
- 3) обмеження ознак фізіологічної активності;
- 4) перешкоди у виконанні функцій [13].

Ознаки вікового старіння полягають у зниженні пластичності мозку як інтегративної функції, що зв'язує соматичну, ментальну і соціальну сфери життєдіяльності. Комплекс вікових змін включає порушення сприйняття, пам'яті, пізнавальних (когнітивних) навичок, моторного контролю, емоційної реактивності.

За даними Г. Крайга найбільша швидкість переробки інформації і обсяг оперативної пам'яті спостерігаються в середньому у людей 40-49 років. Достовірне зниження цих показників виявлено у віці 50-59 років і старше. У віковій групі 70-79 років обсяг інформації, що переробляється в два рази нижче, ніж у людей у віці 40-49 років. Швидкість переробки інформації у віковій групі 80-85 років в 1,3 рази нижче в порівнянні з групою 40-49 років, а обсяг оперативної пам'яті нижче в один-два рази[23]. Отже, когнітивний дефіцит є провідною проблемою старіючого мозку.

Розлади когнітивних функцій – це базовий компонент, що впливає на якість життя людини похилого віку. Всесвітньою психотерапевтичною лігою запропоновано виділити допустимі вікові порушення ментальних функцій літніх людей. Відзначається, що більшість літніх людей відповідає межах вікової норми, але під впливом стресових або афективних порушень окремі когнітивні дефекти у них

поглиблюються, досягаючи рівня помірного когнітивного розладу, а при нейродегенеративних механізмах розвивається деменція [13]. При цьому регресивні зміни в центральній нервовій системі дефіцитарні та по-різному проявляються в різних її відділах.

Найбільш виражені зміни в гіпокампі і зоровому горбі: спостерігається зменшення числа нейронів при нормальному старінні на 30%, при патологічному старінні - до 70%. Зменшується маса мозку: з 50 до 85 років у чоловіків на 150-170 г, у жінок – на 180-190 г. Зменшення маси мозку пов'язане з масивним атрофічним процесом в корі і підкіркових гангліях, що призводить до загибелі нейронів, зменшення кількості синапсів (відбувається редукція шипиків). В результаті збільшуються шлуночки мозку[9]. Внаслідок описаних фізіологічних змін головного мозку в ньому порушується енергетичний обмін – знижуються рівень поглинання мозком кисню, розщеплення глюкози, активність медіаторної ланки в симпато-адреналіновій системі.

На тлі регресивних процесів в головному мозку люди похилого віку є групою підвищеного ризику щодо розвитку тривожних розладів. Серед чинників, що сприяють цьому процесу можна назвати хронічні соматичні захворювання, обмеження функціонування, низький рівень освіти, зменшення соціальної допомоги, зовнішній локус контролю, недавні втрати, важкі історії життя, недолік емоційної підтримки. У пізньому віці зростає частота тривожних депресій, які часто носять затяжний характер і можуть посилювати мінімальні когнітивні порушення.

Згідно з результатами нейропсихологічного дослідження, проведеного М. Корсаковим та І. Рощиною, у літніх людей з уніполярним депресивним розладом зафіксовано зменшення обсягу правої і лівої орбітофронтальної кори на 12% в порівнянні з тією ж віковою групою, але без уніполярного депресивного розладу, а також редукція сірої речовини лівої і правої передньопоясної звивини на 18 і 20%, лівої і правої прямої звивини – на 19 і 24% відповідно [13].

У літніх людей з депресією відбувається втрата нейронів в префронтальній (поясна звивина, дорсолатеральні відділи) та в орбітофронтальній корі мозку. Доведено, що тяжкість депресії корелює з виразністю когнітивного дефіциту і зі

зниженням перфузії мозку в передніх відділах поясної звивини і в премоторній корі лівої півкулі[14].

Дослідження з використанням методу морфометрії головного мозку продемонстрували, що депресія пов'язана з розвитком патологічних нейроанатомічних змін в його лімбічних та коркових структурах, тобто в структурах, відповідальних за когнітивні функції. Чим довший період депресії, тим нижчими є об'ємні показники гіпокампу і базальних гангліїв, причому атрофічний процес тривав і в період ремісії. Достовірно зменшення обсягу гіпокампу у літніх людей з депресією вже після першого депресивного епізоду досягає 11% для сірої речовини і до 25% для білої речовини. Вважається, що зниження обсягу гіпокампу корелює з тривалістю депресивного епізоду[51].

На жаль, старість часто пов'язана з втратами, і депресивний стан в цьому віці не є рідкістю. Хронічний дистрес і асоційована з ним депресія самі служать причинами когнітивних порушень. Нейродегенеративні властивості депресії вивчені на прикладі великого депресивного розладу, поширеність якого протягом життя, за даними ВООЗ, становить 16,2%. Кожен епізод великого депресивного розладу стає «пусковим гачком» для нового епізоду депресивного розладу. До позитивної динаміки захворювання призводить наявність нейробиологічних змін в структурах головного мозку, що мають відношення до регуляції емоцій: це префронтальна кора, поясна кора, мигдалеподібне тіло, гіпокамп. Важливо, що ці структури не тільки забезпечують контроль афекту, але і регулюють когнітивні функції. Тому навіть ті люди похилого віку, які не мають явних ознак психічних розладів, потребують соціальної підтримки та психологічної допомоги.

Т. Дзюба та О. Коваленко зазначають, що психічне здоров'я багато в чому залежить від того, як люди адаптуються до нових можливостей та психосоціального статусу [11]. На даному етапу теоретичного аналізу вважаємо за доцільне зробити короткий аналіз специфіки функціонування окремих пізнавальних психічних процесів у людей похилого віку, а саме сприйняття, уваги та пам'яті як наскрізних психічних процесів.

I. Ушакова зазначає, що сприйняття у людей похилого віку характеризується зниженням чіткості. Тому в процесі старіння люди змушені застосовувати уяву, щоб компенсувати недоліки сприйняття, що можна розцінювати як своєрідну адаптацію до прогресуючих порушень сприйняття [51]. Велике значення при розладах сприйняття у старості має фактор так званої сенсорної депривації (обмеження кількості й якості інформації, що надходить ззовні). Нормальне функціонування нервової системи вимагає постійного отримання подразників. Тривала сенсорна депривація, або тривале перебування в монотонному оточенні, може привести до серйозних психічних розладів[51].

Численними дослідниками також фіксується звуження обсягу уваги, утруднені зосередження та переключення уваги. У процесі старіння поле уваги ніби покривається малопроникною завісою, периферія уваги зовсім слабшає, тому те, на що сфокусовано увагу літньої людини все менше пов'язується з іншими враженнями, відчуттями і думками, стає замкненим і самодостатнім. Зниження функцій уваги проявляється в неувважності – похмурі думки заповнюють всю увагу людини і повноцінна концентрація стає утрудненою [51].

Особливості пам'яті у людей похилого віку досить добре вивчені та широко представлені в сучасній науковій літературі. Спогади займають особливе місце у психічному житті літньої людини. Виявлено, що пік спогадів припадає на період від 10 до 30 років, адже цей період життя людини є найбільш насиченим значущими подіями. Однак найбільша частина спогадів пов'язана з останнім десятиліттям життя, тоді як епізоди раннього періоду зазвичай є досить збідненими. У похилому віці спостерігається погіршення довгострокової пам'яті із забуванням подробиць тих чи інших подій. В процесі старіння погіршення показників пам'яті може стосуватися будь-якого з відомих видів пам'яті. Інформація може бути пропущена в сенсорному реєстрі, може виявитися непереробленою в робочій пам'яті, може не досягти «сховища», може розкластися у «сховищі», або можуть виникнути проблеми з актуалізацією слідів інформації.

Як вже зазначалось, найбільш істотні вікові зміни були виявлені в довгостроковій пам'яті. Крім того, існують дані про те, що довільне запам'ятовування є більш складним для старих людей, порівняно з мимовільним[51].

Отже, в результаті аналізу можна констатувати поступове зниження показників всіх пізнавальних психічних процесів у людей похилого віку, що пов'язано з атрофічними явищами, що відбуваються в головному мозку. В той же час постійне вправлення в інтелектуальній діяльності та використання пізнавальних функцій головного мозку дозволяє довше зберігати когнітивну сферу цієї вікової категорії осіб в задовільному стані.

1.4. Профілактика та корекція змін мнестичної діяльності у осіб похилого віку

Проблема змін мнестичної діяльності є не тільки медичною, а й психологічною, оскільки ці порушення не тільки погіршують якість життя хворих, але і призводять до моральних втрат, внаслідок необхідності постійного спостереження за хворими з вираженими формами порушень.

Порушення пам'яті починається з того моменту, коли, наприклад, людина не може згадати про події, що відбулися, і, як правило, така забудькуватість проявляється в малозначних епізодах: людина втрачає предмети і забуває навіть якщо ввійшла в кімнату. Пізніше до цих дрібниць додаються пропущені зустрічі, порушені обіцянки. Симптоми не є однаковими для всіх, тому тільки спеціаліст зможе правильно розпізнати початок захворювання та призначити правильне лікування. [4]

Відомо, що чим більше людина здатна виконувати різні функції, чим більшою кількістю навичок (їзда на велосипеді, квілінг, малювання, гра на музичних інструментах, різні види спорту, художнє різання по дереву тощо) має, тим більше можливостей для реалізації феномену нейропластичності.

Різноманітність варіантів взаємодії з довкіллям розширює можливості для формування додаткових зв'язків у головному мозку. Когнітивне здоров'я нерозривно пов'язане з поняттям пам'яті. Медіальна скронева область – структура, що має безпосереднє відношення до формування довготривалої пам'яті, особливо декларативної її частини, включає кілька областей: гіпокамп, парагіпокампальну звивину, енторіальну область. [5]

Довготривала пам'ять складається з імпліцитної (або процедурної), яка фіксує наші навички (уміння танцювати, плавати), та експліцитної (або декларативної), що поділяється на семантичну (наше знання про навколишній світ і т.д.) та епізодичну – наші спогади, що формують уявлення про себе, події, що відбувається у світі.

Пошкодження медіальної скроневої області призводить до ретроградної амнезії – втрати недавніх спогадів, проте далекі спогади залишаються збереженими. Така ситуація вкотре підкреслює обмежену у часі роль гіпокампа у зберіганні пам'яті. Цей принцип формує наше розуміння механізмів пам'яті: гіпокамп служить як тимчасове сховище нової інформації, яка потім поширюється кортикальною мережею. [5]

Деякі дослідники вважають, що наш досвід кодується паралельно в гіпокампальних та кіркових мережах. Потім подальша активація гіпокампа (відтворення пройденого) призводить до поступового посилення кортикальних зв'язків, що в кінцевому підсумку дозволяє новим спогадам ставати незалежними від гіпокампа, інтегруючись з вже існуючими спогадами, що зберігаються в неокортексі. [24]

Інші ж, навпаки, припускають постійну роль гіпокампа в деяких формах декларативної пам'яті. Це означає, що спогади закодовані в гіпокампально-кіркових мережах і, щоб отримати спогади, пов'язані з контекстом (місце, компанія, пора року) та просторовими деталями, завжди потрібний гіпокамп. Тут криється секрет багатьох асоціативних мнемонічних методик (запам'ятовування деталей епізоду, таких як запахи, кольори, відчуття, емоції), які найчастіше успішніше допомагають зберегти пам'ятні моменти.

На початку роботи психолога з літньою людиною необхідна діагностика психічної діяльності для кваліфікованого розуміння об'єктивних причин скарг особи. Основна стратегія психолога на цьому етапі роботи – вирішення діагностичної проблеми:

а) чи відносяться переживання пацієнта саме до пам'яті;

б) чи за ними стоять такі базисні складники когнітивної сфери, як ініціація активності (спонукання) і прямо пов'язана з нею мотивація діяльності у її смислових складових. Інакше кажучи, чи турбуючі людей похилого віку феномени пам'яті є первинними. [50]

Діагностичне вирішення завдання на користь первинності розладів пам'яті, вимагає аналізу стану окремих складових мнестичної сфери, де стратегії корекційної роботи можуть ґрунтуватися на двох підходах. Обидва в нейропсихологічній парадигмі припускають використання наявного знання про зв'язок окремих компонентів пам'яті з активністю певних зон мозку. Проте вектор структурно-функціональної діагностики пам'яті може бути різнонаправленим: від пам'яті до мозку або від мозку до пам'яті.

Пропонується до розгляду останній підхід у зв'язку з розробленими варіантами нормального старіння, в основі яких покладено принцип виявлення найбільш чутливого фактора, пов'язаного з функціями кожного з трьох функціональних блоків мозку. В основі першого варіанту старіння лежить зниження рівня енергійного забезпечення активності. Другий варіант пов'язаний з дефіцитом просторового та квазіпросторового аналізу та синтезу в переробці інформації. [11]

Третій варіант старіння характеризується зниженням довільної регуляції діяльності у таких її ланках, як прогнозування пацієнтом результату, побудова програм, які адекватні задачам та власним можливостям. Новою основою при системному розумінні будови вищої психічної функції (далі – ВПФ), може бути «заміна» одного з базисних нейропсихологічних факторів вбудовуванням іншим, включеного раніше у формування зміненої ВПФ. [20]

Однак, у тих випадках, коли зміни в роботі ВПФ не є патологічними, а відповідають функціональному (доклінічному) рівню дисфункції, бути запропоновані менш радикальні способи перебудови, спрямовані на підвищення статусу активності скомпроментованого нейропсихологічного фактору. У цьому випадку стратегії та витікаючі з них технології корекційної роботи слід адресувати до найбільш сензитивного компонента фактору.

В цілому таку стратегію можна позначити як навчання прийомам запам'ятовування та відтворення ведення інформації з наступним введенням їх у регуляцію «співпраці людини зі своєю пам'яттю». [19]

Як приклад можна навести деякі стратегії роботи з пам'яттю при енергетичному типі старіння. Найбільш вираженим при цьому є зниження рівня (тону) активності людини та зміна її нейродинамічних параметрів у вигляді зміни балансу збудливих та гальмівних процесів в їх взаємній динаміці у бік переважання останніх. У реальній практиці життя це проявляється у латентності включення в діяльність (перш за все, в мнестичну), звуження обсягу одночасно (або паралельно) інформації та посилення гальмування.

У цьому варіанті старіння перше стратегічне завдання – інформаційне. Необхідно обговорити з пацієнтом після нейропсихологічної діагностики пам'яті

результати його роботи та показати проблемні місця. Друге завдання – навчити його «обминати» ці природні проблеми за допомогою засобів, що дозволяють економно використовувати свою пам'ять. Позначимо деякі з цих засобів, напрацьованих у практиці роботи зі здоровими людьми різного віку.

Найбільш ефективною при розширеному спектрі впливу на запам'ятовування є стратегія «групування» (переструктурування послідовності) стимулів, що сприймаються, в результаті чого при зменшенні кількості одиниць, що запам'ятовуються, збільшується їх змістовне наповнення. Переструктурувати можна на перцептивному рівні (деякі люди запам'ятовують номери телефонів за допомогою інтонаційного групування, співаючи їх як єдину симультанну мелодію, або використовують моторний супровід, що дозволяє включати стимули в ритмічні групи). [30]

Переструктурувати також можна, включаючи у запам'ятовування процеси мислення у вигляді побудови фрази зі слів або клішованих мовних ідіом. Така стратегія спрямована на подолання латентності при зверненні пацієнта до своєї пам'яті, оскільки завдання на етапі введення зміщується в площину сприйняття або мислення, відсуваючи на другий план дію із запам'ятовування.

При цьому знижується навантаження на обсяг пам'яті за рахунок зменшення кількості одиниць пам'яті до інтерференції за рахунок включеності до процесу запам'ятовування свідомо виконуваних дій щодо додаткового «маркування» інформації. Важливо ще й те, що при цьому актуалізується минулий досвід особи при виборі конкретного способу запам'ятовування.

Можна говорити про стратегії корекції пам'яті у контексті просторового варіанту старіння. Провідна роль може належати стратегії перетворення матеріалу, що запам'ятовується із симультанного способу організації в суцесивний. У цьому випадку можуть бути використані такі прийоми, як «політ метелика», коли використовуючи траєкторію руху уявного метелика, пацієнт транспонує зливу послідовність стимулів в розгорнуту в просторі і часі структуру. [29]

Регуляторний варіант старіння представляється найбільш проблемним щодо корекції пам'яті тому, що необхідні безпека критичності та функцій цілепокладання і

контролю. У будь-якому випадку у роботі з такими пацієнтами повинні допомогти зовнішні способи регуляції: записи, календарі з позначками, сучасні доступні органайзери. Одна з стратегій корекційної роботи в рамках регуляторного варіанту старіння – пошук ресурсу в минулому досвіді суб'єкта, сформованих стереотипах регуляції діяльності та у способах контролю за досягненням цілі на кшталт «сім разів відміряй, один раз відріж».

Таким чином, викладене вищезазначеного про стратегії корекційної роботи представляють нейропсихологічно обґрунтовану схему пошуку засобів оптимізації мнестичної діяльності відповідних конкретній людині в її запитах.

Важливою складовою ментального здоров'я людини з порушеннями пам'яті є позитивний емоційний настрій, спокій та гарний настрій. У сім'ї нерідко можуть виникати конфліктні ситуації, пов'язані з нерозумінням родичами проблем людини. На жаль, часто близькі люди, не розуміючи сутності захворювання, починають звинувачувати пацієнта в забудькуватості або намагаються знову «навчити» його втраченим навичкам. [48]

Природним результатом є взаємні образи та неминучі конфлікти. Зусилля, витрачені родичами на усвідомлення проблеми, звернення до лікаря, правильну діагностику та підбір адекватного лікування, не пройдуть даремно – це призведе до підвищення якості життя не лише найстаршого пацієнта з порушеннями пам'яті, а й його близьких людей.

Підтримка активного спілкування хворого з родичами та друзями, соціальна активність також є дуже важливими для зміцнення пам'яті, розвиваючи її мотиваційний компонент. Для людей, які страждають на психогенні порушення пам'яті, дуже важливий щадний режим дня, уникнення перевтоми на роботі і стресових ситуацій, важлива корекція психологічної атмосфери на роботі та в сім'ї. Також дуже важливим є якісний повноцінний сон, що відповідає індивідуальній нормі, але не менше 7 – 8 годин на день. [57]

У профілактиці психічних розладів в осіб похилого віку велике значення мають попередження у них соматичних та інфекційних захворювань, усунення психотравмуючих обставин. Відзначимо, що соматичні захворювання сприймаються

літніми людьми як прояв загальної неспроможності та вікових змін, у той час як психічні відхилення самі по собі не викликають у них негативних реакцій. Перед людьми похилого віку часто постає проблема визначення свого місця в житті у зв'язку зі зміною психічного та соматичного стану. У вирішенні цього питання можуть надати велику допомогу психотерапевтичні впливи та заходи щодо соціальної реабілітації.

До немедикаментозних методів профілактики когнітивних порушень відносяться загальна мотивація підтримки здорового способу життя, які сприяють дотриманню всіх правил психопрофілактики. Базові основи первинної профілактики включають: дієту, збагачену природними антиоксидантами, систематичні тренінги з тренування пам'яті та уваги та раціональні фізичні вправи.[37]

Природними антиоксидантами є вітаміни С та Е, які містяться в цитрусових, рослинних оліях, морепродуктах та інших продуктах харчування. За деякими ретроспективним спостереженнями, так звана «середземноморська дієта», яка збагачена натуральними антиоксидантами, сприяє профілактиці когнітивних порушень та деменції.

З цією метою рекомендується використовувати в раціоні більше овочів, фруктів та морепродуктів. Епідеміологічні дослідження свідчать, що особи напруженої інтелектуальної праці менш схильні до когнітивних порушень та деменції. Пацієнти високого інтелектуального рівня володіють більше розвиненими навичками когнітивної діяльності, які дозволяють їм успішніше долати труднощі, що з'являються на початку захворювання головного мозку. [5]

Продукти, здатні покращити пам'ять:

- чечевиця – забезпечує ясність розуму, швидкість мислення, не накопичує нітрати та радіонукліди; страви із сочевиці багаті білком, амінокислотами;
- цибуля – сприяє кращому насиченню клітин киснем;
- часник – активує клітини мозку, покращує пам'ять, перешкоджає віковим змінам – старіння мозку;

- риба – містить фосфор, необхідний для клітин мозку при напруженій та тривалій роботі;
- горіхи – ядра містять дофамін, активатор розумових процесів;
- брюссельська капуста – підвищує здатність до концентрації уваги;
- лимони, грейпфрути – містять вітамін С (антиоксидант), який знищує нестабільні молекули кисню, що погіршують пам'ять;
- м'ятний чай – стимулює ділянки мозку, які відповідають за пам'ять.

Щоб у короткий термін поліпшити пам'ять і зберегти її ясною на тривалий час, рекомендується стабілізувати концентрацію ацетилхоліну прийомом препаратів холіну. Холін має надходити із натуральними продуктами харчування. Велику кількість холіну містить капуста (особливо кольорова та броколі), яйця, земляні горіхи, риба, м'ясо, тверді сорти сиру, печінка, молоко, проростки пшениці.

Крім холіну для синтезу ацетилхоліну необхідні вітаміни: пантотенова кислота (вітамін В3), фолієва кислота, вітаміни В12 та В1. Цих вітамінів не вистачає у людей похилого віку і у хворих із захворюваннями кишківника. Синтез ацетилхоліну відбуватиметься в тому випадку, якщо мозок буде активно задіяний, отримуючи достатній обсяг інформації для роздумів та запам'ятовування. [5]

Для інтенсивної діяльності клітини мозку потребують надходження енергії та поживних речовин з потоком крові. Необхідне ефективне кровопостачання головного мозку. Це дає активне фізичне навантаження. Отже, три фактори – правильне харчування, фізичні та інтелектуальні навантаження в сукупності допоможуть суттєво покращити пам'ять до глибокої старості.

Таким чином, високий інтелектуальний рівень забезпечує велику, або меншу відстрочку часу клінічної маніфестації захворювання. Як здоровим літнім, так і особам з незначними порушеннями когнітивних функцій показані систематичні вправи з тренування пам'яті та уваги. Доцільність таких вправ базується на уявленні про когнітивні функції як про запас знань та навичок, які формуються протягом всього життя.

Іншими словами, людина в процесі життєдіяльності навчається стратегіям та навичкам сприйняття, обробки, запам'ятовування та відтворення інформації. Людська пам'ять не є простим «сховищем», куди складається інформація. Ефективність мнестичної діяльності залежить не від обсягу пам'яті, який безмежний і мало змінюється, навіть при важких поразки мозку, а від стратегій запам'ятовування та відтворення. [53]

Програми тренування пам'яті включають підвищення мотивації пацієнта до запам'ятовування та відтворення, навчання ефективним стратегіям запам'ятовування (так званим «мнемонічним прийомам»), розвиток здібності довго підтримувати належний рівень уваги, активне включення емоційної підтримки і уваги.

Ефективність систематичного тренування пам'яті та уваги доведена у пацієнтів з легкою деменцією, а також при недементних (легких та помірних) когнітивних порушеннях. У ряді аналітичних робіт було показано, що осіб, які регулярно виконують фізичні вправи, мають менший ризик розвитку деменції у літньому віці. Ймовірно, в основі даного феномену лежить сприятливий вплив фізично-активного способу життя на серцево-судинну систему, індекс маси тіла, емоційну сферу. [59]

Дуже важливо навантажувати пам'ять. Вивчення іноземного мови, розв'язання задач на логіку, кросвордів – все це змушує мозок «працювати», тобто запам'ятовувати, згадувати, думати. Будь-яка діяльність, де доводиться обробляти великий обсяг інформації, піде на користь пам'яті. Під час роботи щогодини потрібно робити невеликі перерви.

Можна підвестися, походити по приміщенню, зробити кілька фізичних вправ. Так мозок буде перемикається з одного виду діяльності на інший і це піде на користь його функціонуванню. Варто намагатися уникати стресів та переживань тому, що вони ведуть до зниження уваги та погіршення пам'яті. До стресів для організму можна віднести і хронічне недосипання. Для повноцінного відпочинку мозку дуже важливо добре висипатися кожного дня.

Допомогти людині з порушеннями функцій пам'яті допоможе органайзер. Зараз у магазинах представлений великий вибір блокнотів різного розміру та кольору, у яких можна фіксувати всі важливі дати та планувати справи. Це дозволяє також

«розвантажити голову». Добре тренує пам'ять читання книг, оскільки під час читання працює не лише зорова пам'ять, а й моторна, розвивається логічне, асоціативне, абстрактне мислення. Але для покращення пам'яті важливо не просто читати, необхідно правильно це робити, з переказом того, що прочитали, тому що найбільше тренується пам'ять у той час, коли людина згадує прочитане.

Корисно під час читання відзначати деталі характерів головних героїв, їхні звички тощо. Після прочитання книги згадуються усі сюжетні лінії. Таке тренування пам'яті піде на користь. Особливість всіх геніальних людей - це уважність до деталей, вони можуть відразу при зустрічі з новою людиною побачити безліч дрібних деталей і запам'ятати їх. Тому для покращення пам'яті в літньому віці, можна взяти на озброєння цей прийом і постаратися навчитися бути уважнішими.

Для цього потрібно намагатися розглядати якийсь обраний предмет дуже уважно і відзначивши деталі його виду, потім намагатися відтворити їх у своїй пам'яті. Є корисна вправа для покращення пам'яті у будь-якому віці заучування віршів напам'ять. Слід обрати цікавого поета і починати напам'ять вивчати всю його творчість. [45]

Крім того, давно відомо, що заняття музикою сприятливо впливають на роботу головного мозку. У літньому віці можна співати, самому або в хорі, або почати вивчати гру на якомусь музичному інструменті, або все це разом одночасно. Під час репетицій, заучування текстів, нот, освоєння нового, мозок отримуватиме навантаження, що позитивно позначиться на стані пам'яті.

Важливо тренувати спостережливість. Можна це робити спостерігаючи за тим, що відбувається навколо, фіксувати увагу не тільки на «головних фігурах», але й на кольори, звуки, запахи. Слід запам'ятати в найдрібніших подробицях свою дорогу до будинку, які вивіски трапляються на шляху, якого вони кольору, що особливого в будинках, деревах, зупинках громадського транспорту і рекламних щитах.

Наприкінці тижня можна спробувати докладно відтворити події, що відбулися, подумати про те, що приємного сталося за цей проміжок часу, що принесло задоволення, а потім прокрутити ці події у зворотному порядку. Також можна переповідати зміст щойно прочитаної статті, книги, фільму.

Гарною вправою для мозку може бути «тримання в голові» списку справ та покупок, весь список ліків, які людина приймає, знати їх дозування та кратність прийому. Щоб запам'ятати перелік справ, подій чи предметів, доцільно пов'язати їх у єдину історію, яка має бути послідовною і логічною, але водночас може містити елементи абсурду та перебільшення. Також можна вдатися до власної творчості шляхом вигадування казки для онуків.

Якщо говорити з позиції фізіології, то варто наголосити на ролі спорту в житті людей похилого віку. Рух потрібний для хорошого стану нервової системи. Щоб добре мислити і зберігати душевну рівновагу, потрібно рухатися. Підбір навантаження для літньої людини завжди проводиться індивідуально. Для цього враховується вік, досвід занять фізичною культурою у минулому та наявність хронічних захворювань у теперішньому. [5]

Вони можуть стати як показаннями до призначення курсу лікувальної фізкультури, так і протипоказаннями. Заняття лікувальною фізкультурою для людей похилого віку повинні бути регулярними. Однак, при цьому необхідно здійснювати постійний контроль самопочуття. Якщо виконання навіть дуже простої і легкої вправи викликає дискомфорт, від нього краще на якийсь час відмовитися і проконсультуватися з фахівцем.

Лікувальна фізкультура рекомендована всім. Якщо люди похилого віку ніколи не займалися спортом, для підтримки фізичної активності їм краще підійде саме лікувальна фізкультура. Для того, щоб цьому віці людина могла собі дозволити більш серйозні навантаження, у неї має бути пристойний спортивний стаж.

Лікувальна фізкультура – це не просто помірна рухова активність. Основна її мета – допомога в лікуванні різних хронічних захворювань. І не тільки опорно-рухового апарату, а й, наприклад, серцево-судинної системи. Фізкультура для людей похилого віку характеризується відсутністю інтенсивних та тривалих фізичних навантажень. Підходять, наприклад, східні гімнастики.

У Китаї є навіть спеціальний напрямок гімнастики для літніх людей і щоранку на вулицях міст можна побачити групи людей похилого віку, які збираються для занять. У літньому віці у людей найчастіше трапляються випадки остеопорозу та

збільшується ризик переломів. Тому їм добре підходять методики, що допомагають підтримувати у працездатному стані опорно-руховий апарат.[5]

Дихальна гімнастика та вправи на розтяжку добре впливають на стан всього організму в цілому. Є навіть напрямки йоги, спеціально адаптовані для людей похилого віку. Методики лікувальної фізкультури добре допомагають у лікуванні захворювань серцево-судинної системи, що часто зустрічаються у людей похилого віку в цьому віці: гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця.

Для більш ефективного зміцнення серцево-судинної системи у людей похилого віку можна використовувати циклічні та динамічні навантаження. Для молодших людей – це пробіжки, катання на велосипеді, заняття на велотренажерах або плавання, а у більш літніх, навантаження такого ж характеру, але трохи менші: ходьба, щоденні прогулянки і, при хорошій спільній спортивній підготовці – пробіжки. Проте, з бігу заняття фізкультурою у похилому віці починати не можна.

Літнім людям варто утриматися від силових тренувань. Вони не тільки травмонебезпечні, але в такому віці не потрібні. Активність м'язів у людей похилого віку знижена і їх зростання утруднене. Отже, для людей похилого віку можна використовувати такі фізичні навантаження:

1. Ранкова зарядка протягом кількох із дотриманням правильного дихання.

2. Ходьба, пішохідні прогулянки. Перш ніж приступити до фізичних вправ, необхідно порадитися з лікарем. Ходьба має бути швидкою, тільки тоді вона матиме тренуючий ефект. Чому літнім людям (та й не лише літнім) слід намагатися більше ходити? По-перше, при ходьбі, як і при будь-якій фізичній вправі, м'язи здійснюють роботу, організм витрачає енергію, витрачає енергетичні речовини.

Встановлено, що при ходьбі витрачаються головним чином вуглеводи та жири. А у багатьох намічається схильність до накопичення жиру. Час для прогулянки переважно ранковий, але непогано пройтися і ввечері, особливо для тих, хто страждає на безсоння. Літнім людям, схильним до повноти, слід ходити і після обіду.

3. Для тренуваних людей корисні заняття плаванням, футболом, тенісом, ходьба на лижах, вправи на розтягування м'язів. Заняття лижним спортом регулюють

артеріальний тиск крові, знижуючи його, якщо в людини він трохи підвищений. Величезний вплив лижного спорту на дихальну систему. [63]

Основні правила фізичних тренувань:

- систематичність;
- поступове збільшення навантажень;
- індивідуальний підбір фізичних вправ та навантажень з урахуванням віку

та супутніх захворювань.

Лікувальна стратегія щодо осіб старшого віку зумовлює необхідність регулярного контролю за біологічним віком пацієнтів та темпом їх старіння і станом мнестичних функцій. Прискорення темпу старіння та розвиток когнітивного дефіциту, вираженість яких багато в чому визначена ушкоджуючою дією артеріальної гіпертензії, що свідчить про необхідність обов'язкового включення в терапію гіпертонічної хвороби патогенетично обґрунтованої адитивної геро- та церебропротекції контингенту старших вікових періодів.[5]

Виходячи з фізіологічних особливостей організму літньої людини протягом звичайного, нормального старіння необхідно уникати наступних чинників:

1. Втома – як фізіологічна, так і психологічна;
2. Вплив зовнішніх факторів, перешкод, які можуть порушувати роботу пам'яті;
3. Одночасне поєднання кількох справ (надмірно насичена діяльність) – призводить не тільки до забудькуватості, але і до стресу та серцево-судинних захворювань;
4. Відсутність процесів навчання, отримання нової інформації, що активізують пам'ять;
5. Вживання ліків, що викликають сонливість та розсіяність;
6. Поспіх і метушливість, бажання зробити «все і відразу»;
7. Стреси, що пробуджують емоційні і психосоціальні зміни (наприклад через переїзд, вихід пенсію, самотність, втрату близьких, депресію, розпач, безпорадність та інших.).

Таким чином, когнітивний дефіцит є однією з важливих проблем сучасної медицини. З кожним роком, кількість людей похилого віку, які потребують допомоги, неухильно зростає, що підтверджує особливу актуальність проблем здоров'я людей похилого віку час. Серед всіх нозологій, кількість пацієнтів з когнітивним дефіцитом найбільша. Це підтверджує необхідність своєчасного ознайомлення з основними поняттями психічного здоров'я літнього людини та звернення до лікаря при перших симптомах неблагополуччя.

Висновки до розділу 1

В результаті теоретичного дослідження наукової проблеми особливостей пам'яті в процесі старіння можна зробити ряд важливих висновків та узагальнень.

1. Пам'ять – це пізнавальний процес психічного відображення минулого досвіду і дійсності, що полягає у фіксації (запам'ятовування), ретенції (збереження), репродукції (відтворення) і амнезії (забування) інформації. Процеси пам'яті забезпечують здатність об'єднати наявне тут і зараз сприйняття з минулим, пережитим з пережитим, створювати умови для передбачення (антиципації) подій, накопичувати навички, знання, досвід.

2. Крім процесів запам'ятовування, збереження та відтворення важливе значення в мнестичній функції мають процес забування. Забування – природний процес згасання колишньої інформації, почуттів та навичок зникнення, стирання з пам'яті збереженої раніше інформації різної модальності. Якщо в молодому віці процес забування носить гармонійний та доцільний характер, то з віком процеси забування починають переважати над процесами збереження, що яскраво проявляється у людей похилого віку.

3. На результативність роботи пам'яті та мнестичних процесів впливає цілий комплекс чинників: значущість інформації, кількість повторень, використання мнемотехнічних прийомів, індивідуальні особливості роботи мозку та психіки людини, в тому числі спадкові і набуті риси, її психофізичний стан, вроджена здатність до концентрації уваги, установка на запам'ятовування. Індивідуальні відмінності роботи пам'яті в їх крайніх проявах можуть спричиняти ряд її патологій.

4. Старість – останній етап індивідуального онтогенезу людини та являє собою підсумок життєвого шляху людини. Процес старіння розвивається нерівномірно та хвилеподібно як в часі, так і в локалізації по органам людського організму. Зумовлюється цей процес спадковістю і реактивністю, а також зовнішніми чинниками, зокрема, оточенням.

5. Основною психологічною особливістю людей похилого віку є пошук сенсу

прожитого життя і доказів виправданості власних ціннісних орієнтацій прийняття поступового завершення свого існування є однією з основних задач розвитку особистості індивіда на даному етапі. Уміння передати життєвий досвід і знання наступним поколінням є основною передумовою для успішної самоактуалізації і розвитку діалогічності свідомості та самосвідомості, яка передбачає емпатію і здатність розуміти мотиви і логіку інших людей. Особливо гострою психологічною проблемою у більшості людей похилого віку є самотність та породжений нею дефіцит спілкування.

6. В основі регресивних змін когнітивної сфери осіб похилого віку служить розпад адаптивної пластичності головного мозку. Комплекс вікових змін включає порушення сприйняття, пам'яті, пізнавальних (когнітивних) навичок, моторного контролю, емоційної реактивності. В процесі старіння погіршення показників пам'яті може стосуватися будь-якого з відомих видів пам'яті. Однак найбільш вираженим є зниження функції довготривалої пам'яті.

7. Таким чином, когнітивний дефіцит є однією з важливих проблем сучасної медицини. З кожним роком, кількість пацієнтів літнього віку, які потребують допомоги, неухильно зростає, що підтверджує особливу актуальність проблем здоров'я людей похилого віку час. Серед всіх нозологій, кількість пацієнтів з когнітивним дефіцитом найбільша. Це підтверджує необхідність своєчасного ознайомлення з основними поняттями психічного здоров'я літнього людини та звернення до лікаря при перших симптомах неблагополуччя.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження особливостей пам'яті при старінні

Як ми вже описували, в теоретичній частині нашої роботи, причиною змін когнітивної сфери в осіб похилого віку служить розлад адаптивної пластичності мозку. Поступовий розпад цього універсального ресурсу головного мозку позначається не тільки на роботі пізнавальної сфери людей даної вікової категорії, але і призводить до змін способу життя, поведінки, статусу індивідуума в суспільстві. Все це відбувається на тлі прогресуючої інверсії психофізіологічних механізмів мозку та його морфологічних змін.

Об'єкт дослідження – пам'ять як мнестичний процес

Предмет дослідження – психологічні особливості пам'яті при старінні.

Мета дослідження – емпірично дослідити притаманні для людей раннього похилого віку особливості функціонування мнестичних процесів, зокрема, динаміки процесу запам'ятовування, а також притаманні їм характеристики механічної, словесно-логічної та опосередкованої пам'яті, в порівнянні з людьми пізнього похилого віку.

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутої гіпотези необхідно вирішити наступні завдання:

- здійснити емпіричне дослідження особливостей пам'яті при старінні;
- емпірично визначити характерні особливості функціонування пам'яті в процесі старіння людини.
- порівнявши результати діагностичного обстеження досліджуваних раннього та пізнього похилого віку.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотези були використані наступні емпіричні методи –методика дослідження опосередкованої пам'яті «Піктограма» А. Лурії, методика дослідження динаміки запам'ятовування «10 слів» А. Лурії, методика діагностики логічної пам'яті

«Запам'ятовування 2-х рядів слів» по В.П. Зінченко, та статистичні методи обробки емпіричних даних.

У дослідженні взяли участь 58 осіб двох вікових категорій. З них 29 респондентів (18 жінок, 11 чоловіків) - склали люди раннього похилого віку 55 - 64 роки і 29 респондентів (20 жінок, 9 чоловіків) склали люди пізнього похилого віку від 65 до 72 років.

Вибір даного вікового діапазону, а саме люди раннього похилого віку 55-64 роки, обумовлений тим, що в цей період пам'ять є провідним пізнавальним процесом, в той час як у людей пізнього похилого віку старше 65 років навпаки починається зниження пам'яті, що є природним процесом старіння.

2.2. Методичне забезпечення дослідження

Задля досягнення поставленої мети у дослідженні було використано наступний психодіагностичний інструментарій:

1.) Методика «Піктограма» А. Лурії

Мета методики – виявити особливості опосередкованого запам'ятовування та специфіку розумової діяльності респондента.

Обладнання – папір, простий олівець, набір визначених слів для методики.

Процедура дослідження - Респонденту дається аркуш паперу формату А4 і простий олівець, повідомляється, що йому потрібно буде запам'ятовувати слова, але писати назву слів або позначати літерами не можна, лише зображаючи їх малюнком. Слова зачитуються респонденту з інтервалом в 50-60 секунд, відтворити слова дивлячись на малюнок пропонується через 40-60 хвилин перевірити яку кількість слів здатен відтворити респондент. Для запам'ятовування пропонується десять слів та словосполучень, не пов'язаних за змістом. Набір слів який примінився в даній методиці – 1. Любов, 2. Смачний обід, 3. Щастя, 4. Космос, 5. Ворожнеча, 6. Темна ніч, 7. Пташка, 8. Ліхтарик, 9. Сміливий учень, 10. Мікрохвильова піч.

У таблицю для обробки даних вводяться результат – це обсяг відтворених словосполучень та слів, які замальовував респондент.

Обробка та інтерпретація результатів-Підраховується кількість правильно відтворених слів та словосполучень у співвідношенні із загальною кількістю запропонованих словосполучень: $C = V/A * 100\%$ (C - коефіцієнт довготривалої пам'яті; A - загальна кількість словосполучень; V - кількість відтворених словосполучень), які оцінюється за трьома рівнями:

1. високий рівень запам'ятовування – 8-10 слів;
2. середній рівень запам'ятовування – 4-7 слів;
3. низький рівень запам'ятовування - 0-3 слів;

2.) Методика дослідження динаміки запам'ятовування «10 слів» А. Лурії

Мета методики - вивчення продуктивності короточасної та довготривалої пам'яті.

Обладнання – використовуються 10 простих (односкладних або коротких двоскладових), частотних, не пов'язаних за змістом слів в однині називного відмінка.

Дослідження проводилося у два етапи:

1. Ми пропонували респонденту уважно прослухати, запам'ятати та відтворити голосом ряд із десяти не пов'язаних між собою слів
Набір слів який примінився в даній методиці – 1. Стіл, 2. Вода, 3. Ліс, 4 Хліб, 5. Брат, 6. Гриб, 7. Вікно, 8. Кіт, 9. Мед, 10. Будинок. Необхідна велика точність і стандартність вимовлення слів. Бажано, щоб інтонування при кожному повторенні було ідентичним.
2. Через 40 хвилин ми просили респондента згадати та назвати ті слова, які він запам'ятав.

Інструкція для респондентів:

- 1) «Зараз я прочитаю 10 слів. Слухайте уважно. Коли я закінчу читати, відразу ж повторіть стільки слів, скільки запам'ятали. Повторювати слова можна в будь-якому порядку».
- 2) «Зараз я знову прочитаю вам ті ж слова, і ви знову повинні повторити їх, - і ті, які вже назвали, і ті, які в перший раз пропустили. Порядок слів не важливий».

На першому етапі ми проводили методику п'ять разів (кругів повтору), при цьому фіксували помилки при відтворенні. На кожному етапі дослідження заповнювали протокол, в якому під кожним словом у рядку, що відповідає номеру спроби, ставилась примітка. Приблизно через 40 хвилин ми пропонували випробуваному згадати ці слова (лише один раз, без повторів). За підсумками підрахунку загальної кількості відтворених слів після кожного будували графік: по горизонталі відкладалося число повторень, по вертикалі – число правильно відтворених слів.

Обробка та інтерпретація результатів. Після першого етапу (п'ять кругів повтору) ми досліджуємо рівень короткочасної пам'яті у респондентів, згідно з графіком їх відповідей підраховуємо бали. У нормі респонденти при першому повторенні відтворюють щонайменше п'ять слів, після чого постерігається підйом, при четвертому і п'ятому повтореннях відтворюють 8 – 10 слів. Якщо респонденти

демонструють результат нижче, і навіть є затримки і спади у проміжку, це свідчить про зниження пам'яті.

За результатами проведення методики виявлялися такі рівні:

Низький рівень – 2-5 бали

Середній рівень – 6-7 балів

Високий рівень – 8-10 балів

Після другого етапу (без повторів, респондент лише згадує слова) ми досліджуємо рівень довготривалої пам'яті у респондентів, згідно з графіком їх відповідей підраховуємо бали. У нормі респонденти відтворюють щонайменше 8-10 слів, і це свідчить про високий рівень пам'яті. Якщо респонденти демонструють результат нижче, і навіть є затримки і спади у проміжку, це свідчить про зниження пам'яті, та виміряється згідно наступним рівням:

Низький рівень – 2-4 бали

Середній рівень – 5-7 балів

Високий рівень – 8-10 балів

3.) Методика діагностики логічної пам'яті «Запам'ятовування 2-х рядів слів»

Мета методики - Дослідження логічної та механічної пам'яті методом запам'ятовування двох рядів слів.

Обладнання – Два ряди слів. У першому ряду між словами існують смислові зв'язки, у другому ряду вони відсутні.

Процедура дослідження - Для дослідження мають бути підготовлені два ряди слів, у першому ряду між словами існують смислові зв'язки, у другому ряду вони відсутні (Додаток Б). Досліджуваному дають установку на запам'ятовування і зачитують 10-15 пар слів першого ряду (інтервал між парою - п'ять секунд). Після десятисекундної перерви читаються ліві слова 1 ряду з інтервалом 10-15 секунд, а респондент проговорює слова правої половини ряду, що запам'яталися. Аналогічна робота проводиться зі словами другого ряду.

Обробка та інтерпретація результатів - По кожному з двох рядів запропонованих слів необхідно підрахувати кількість правильно відтворених слів та кількість помилкових відтворень. Результати фіксуються, зіставляються коефіцієнтів

сміслової (логічної) та механічної пам'яті дозволить визначити провідний тип пам'яті, з'ясувати, наскільки пам'ять, що спирається на використання системи смислових зв'язків, може розширити обсяг матеріалу, що запам'ятовується, а в нашому випадку, порівняти результати між двома категоріями респондентів.

Обробка результатів полягала у підрахунку числа правильно відтворених слів, та визначення рівня запам'ятовування за наступною шкалою:

Високий рівень – 7-10 слів;

Середній рівень – 4-6 слів;

Низький рівень – 1-3 слова;

Під час аналізу даних відносно особливостей розвитку пам'яті людей похилого віку використовувались наступні методи:

1. Описові статистики для первинного аналізу даних.
2. Аналіз відмінностей за допомогою критерію Манна-Уїтні.
3. Кореляційний аналіз за критерієм Спірмана.
4. Було зроблено висновки щодо взаємозв'язку рівня розвитку пам'яті та вікових особливостей людей похилого віку.

Аналіз даних було проведено у програмі Jamovi.

Висновки до розділу 2.

В теоретичній частині нашої роботи, ми визначили що причиною змін когнітивної сфери в осіб похилого віку служить розлад адаптивної пластичності мозку. З огляду на це, ми ставимо на меті емпірично дослідити притаманні для людей раннього похилого віку особливості функціонування мнестичних процесів, зокрема, динаміки процесу запам'ятовування, а також притаманні їм характеристики механічної, словесно-логічної та опосередкованої пам'яті, в порівнянні з людьми пізнього похилого віку.

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутої гіпотези ми ставимо перед собою наступні задачі:

- здійснення емпіричне дослідження особливостей пам'яті при старінні;
- емпірично визначити характерні особливості функціонування пам'яті в процесі старіння людини.
- порівняти результати діагностичного обстеження досліджуваних раннього та пізнього похилого віку.

Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотези були використані наступні емпіричні методи –методика дослідження опосередкованої пам'яті «Піктограма» А. Лурії, методика дослідження динаміки запам'ятовування «10 слів» А. Лурії, методика діагностики логічної пам'яті «Запам'ятовування 2-х рядів слів» по В.П. Зінченко, та статистичні методи обробки емпіричних даних.

У дослідженні взяли участь 58 осіб двох вікових категорій. З них 29 респондентів (18 жінок, 11 чоловіків) - склали люди раннього похилого віку 55 - 64 роки і 29 респондентів (20 жінок, 9 чоловіків) склали люди пізнього похилого віку від 65 до 72 років.

Вибір даного вікового діапазону, а саме люди раннього похилого віку 55-64 роки, обумовлений тим, що в цей період пам'ять є провідним пізнавальним процесом, в той час як у людей пізнього похилого віку старше 65 років навпаки починається зниження пам'яті, що є природним процесом старіння.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МНЕСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

3.1. Результати емпіричного дослідження особливостей пам'яті при старінні та їх обговорення

Аналізуючи результати емпіричного дослідження ми бачимо, що дані по методикам підраховувалися по кожному респонденту окремо, переводилися в бали, які відповідають певному рівню, наведеному у кожній методиці. До респондентів 1 групи відносяться люди раннього похилого віку (55-64 роки) та до респондентів 2 групи відносяться люди пізнього похилого віку (65 – 72 років). Статистичні дані по респондентам зведені в підсумкову таблицю (Додаток 3)

За підсумками проведеної діагностики було отримано такі результати.

Аналіз надійності отриманих даних за коефіцієнтом Омега Макдональда, який становить – 0,983, що більше ніж 0,75, і це означає що результати узгоджені (аналіз проведено по всім трьом методикам згідно обраних Методів дослідження)

Аналіз нормального розподілу даних по всім методикам за критерієм Шапіро-Уїлка вказує на ненормальний розподіл (Додаток 4, Додаток 5, Додаток 6).

Далі описуємо результати окремо по кожній з методик.

Результати емпіричного дослідження опосередкованої пам'яті «Піктограма» А. Лурії, метою якої було виявити особливості опосередкованого запам'ятовування у 1 та 2 групи респондентів

Результати діагностики по методиці «Піктограма» А. Лурії представлено у вигляді:

а) діаграми, розрахунки проведені за кількістю осіб у кожній з груп, та рівня розвитку опосередкованої пам'яті.(рис. 3.1.)

б)діаграми, що демонструє співвідношення кількості респондентів у кожній з груп та рівня розвитку опосередкованої пам'яті - розрахунки проведені у відсотках.(рис. 3.2.)

в) діаграми “скрипка”, що демонструє розподіл сукупностей даних, використовуючи дзеркальну згладжену гістограму даних. (рис 3.3.)

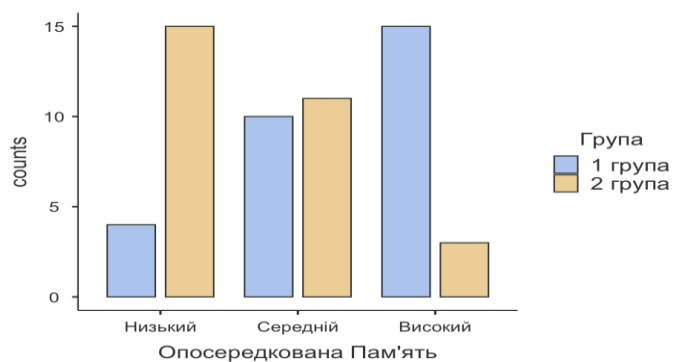


Рис. 3.1. - Результати дослідження по методиці «Піктограма» А. Лурії

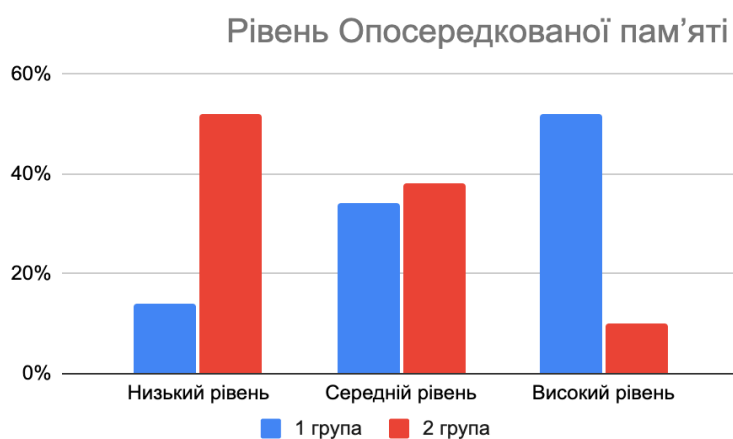


Рис. 3.2. - Результати дослідження по методиці «Піктограма» А. Лурії

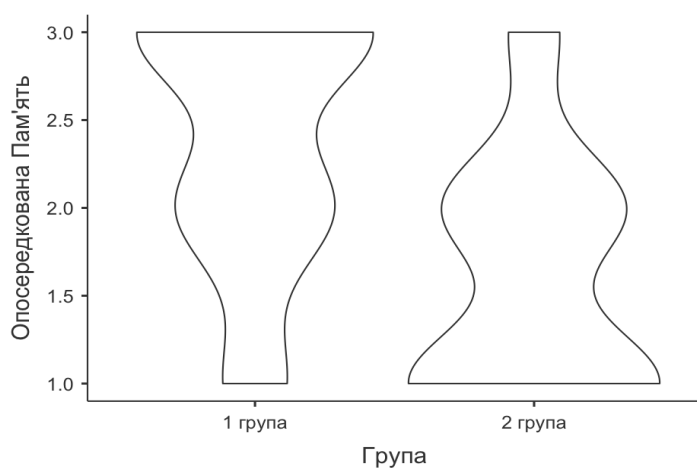


Рис. 3.3. - Результати дослідження по методиці «Піктограма» А. Лурії

З діаграм представленої на рисунку 3.1. та 3.2. можна побачити, що опосередковане запам'ятовування у 1 групі респондентів має наступне процентне співвідношення:

- 52% (15 осіб) респондентів показало високий рівень
- 34% (10 осіб) респондентів показало середній рівень
- 14% (4 особи) респондентів показало низький рівень

У респондентів другої групи ми можемо бачити, що опосередковане запам'ятовування має наступне процентне співвідношення:

- 10% (3 особи) респондентів показало високий рівень
- 38% (11 осіб) респондентів показало середній рівень
- 52% (15 осіб) респондентів показало низький рівень

Згідно діаграми 3.3 ми можемо візуально спостерігати більш ширший розподіл даних на “високому” рівні у групі 1, та ширший розподіл даних на “низькому” рівні у групі 2.

Для визначення, яка різниця між рівнями опосередкованої пам'яті, серед двох груп перевіримо нульову гіпотезу H_0 – рівень опосередкованої пам'яті не відрізняється в групі 1 та групі 2, та альтернативну гіпотезу H_a – рівень опосередкованої пам'яті у групі 1 вище ніж у групі 2, використовуючи Тест Незалежних Вибірок з критерієм Мана-Уїтні.

Таблиця 3.1

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test					
		Statistic	p		Effect Size
Опосередкована Пам'ять	Mann-Whitney U	194	<.001	Rank biserial correlation	0.540

[4]

Так як $p < 0.05$, а коефіцієнт кореляції > 0.4 (середній) відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , таким чином ми бачимо, що рівень опосередкованої пам'яті у групі 1 вищий ніж у групі 2.

Для перевірки залежності між групами та рівнем опосередкованої пам'яті використаємо кореляційний аналіз з критерієм Спірмана (так як розподіл не нормальний). Перевіримо H_0 – немає кореляції між віковою групою та рівнем опосередкованої пам'яті, H_a – кореляція присутня.

Таблиця 3.2

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix

		Група	Опосередкована Пам'ять
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Опосередкована Пам'ять	Spearman's rho	-0.496 ***	—
	p-value	<.001	—

Note. H_a is negative correlation

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, one-tailed

Так як $p < 0.05$ відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , також зважаючи що коефіцієнт кореляції Спірмана < 0 можна зробити висновок, про наявність зворотно пропорційної залежності, а саме чим більше група тим менше результат. Так як група 1 включає у себе молодших респондентів ніж група 2 можна припустити залежність між віком та рівнем опосередкованої пам'яті. Розглянувши графік кореляції між віком та рівнем пам'яті також спостерігається зворотно пропорційна залежність: чим більше респонденту років тим нижче рівень опосередкована пам'ять.

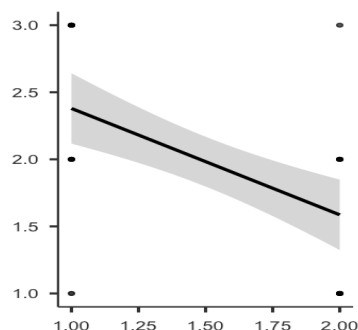


Рис. 3.4. Результати дослідження залежності між віком та рівнем опосередкованої пам'яті

Таким чином, аналіз результатів за методикою «Піктограма» дозволив з'ясувати, що рівень опосередкованого запам'ятовування вищий у респондентів 1 групи ніж у респондентів 2 групи. По результатам даної методики можемо спостерігати що з віком рівень опосередкованого запам'ятовування знижується.

Результати емпіричного дослідження короткострокової слухової пам'яті за методикою «10 слів» А. Лурії.

Опрацьовуючи Методику ми переслідували мету вивчення продуктивності короткострокової слухової пам'яті у 1 та 2 групи респондентів. Результати діагностики по методиці «10 слів» А. Лурії представлено у вигляді:

а) діаграма що демонструє співвідношення кількості респондентів у кожній з груп, та рівня короткострокової слухової пам'яті - розрахунки проведені за кількістю осіб.(рис. 3.5.)

б)діаграма що демонструє співвідношення кількості респондентів у кожній з груп та рівня короткострокової слухової пам'яті - розрахунки проведені у відсотках. (рис.3.6.)

в) діаграма “скрипка”, що демонструє розподіл сукупностей даних, використовуючи дзеркальну згладжену гістограму даних.(рис 3.7.)

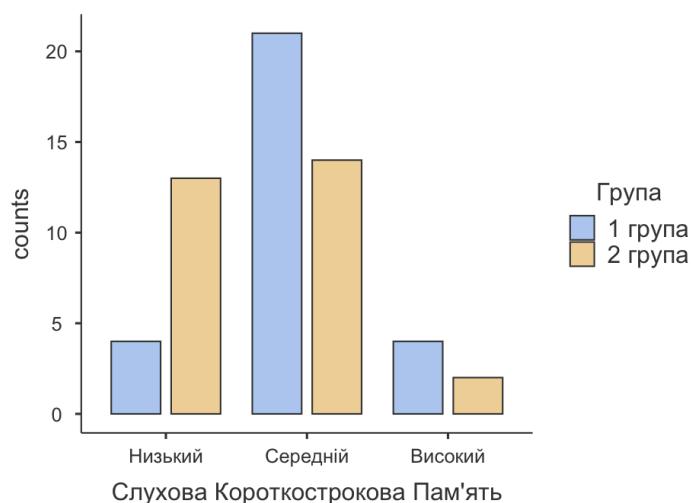


Рис. 3.5. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

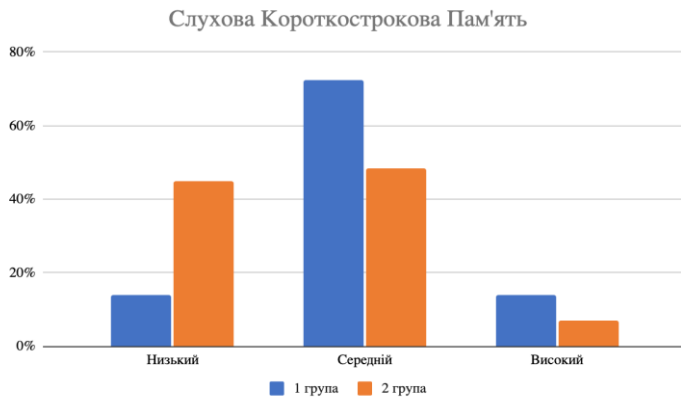


Рис. 3.6. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

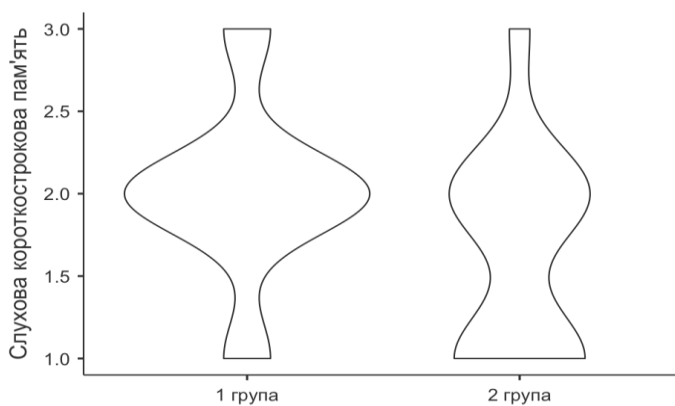


Рис. 3.7. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

З діаграм представленої на рисунку 3.5. та 3.6. можна побачити, що короткострокова слухова пам'ять у 1 групі респондентів має наступне процентне співвідношення:

- 14% (4 особи) респондентів показало високий рівень
- 72% (21 особа) респондентів показало середній рівень
- 14% (4 особи) респондентів показало низький рівень

У респондентів другої групи ми можемо бачити, що короткострокова слухова пам'ять має наступне процентне співвідношення:

- 45% (13 осіб) респондентів показало високий рівень
- 48% (14 особи) респондентів показало середній рівень
- 7% (2 особи) респондентів показало низький рівень

Згідно діаграми на рисунку 3.7 ми можемо візуально спостерігати більш ширший розподіл даних на “середньому” рівні у групі 1, та ширший розподіл даних на “низькому” рівні у групі 2.

Для визначення, яка різниця між рівнями короткострокової слухової пам'яті, серед двох груп перевіримо нульову гіпотезу H_0 – рівень короткострокової слухової пам'яті не відрізняється в групі 1 та групі 2, та альтернативну гіпотезу H_a – рівень короткострокової слухової пам'яті у групі 1 вище ніж у групі 2, використовуючи Тест Незалежних Вибірок з критерієм Мана-Уїтні.

Таблиця 3.3

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test					
		Statistic	p	Effect Size	
Слухова короткострокова пам'ять	Mann-Whitney U	283	0.014	Rank biserial correlation	0.327

[4]

Так як $p < 0.05$, а коефіцієнт кореляції > 0.4 (середній) відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , таким чином ми бачимо, що рівень короткострокової слухової пам'яті у групі 1 вищий ніж у групі 2.

Для перевірки залежності між групами та рівнем пам'яті використаємо Матрицю Кореляції. Перевіримо H_0 – немає кореляції між віковою групою та рівнем короткострокової слухової пам'яті, H_a – кореляція присутня.

Таблиця 3.4

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix			
		Група	Слухова короткострокова пам'ять
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Слухова короткострокова пам'ять	Spearman's rho	-0.326	—
	p-value	0.012	—

Так як $p < 0.05$ відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , також зважаючи що коефіцієнт кореляції Спірмана < 0 можна зробити висновок, про наявність

зворотньопропорційної залежності, а саме чим більше група тим менше результат. Так як група 1 включає у себе молодших респондентів ніж група 2 можна припустити залежність між віком та рівнем короткострокової слухової пам'яті. Розглянувши графік кореляції між віком та рівнем пам'яті також спостерігається зворотно пропорційна залежність: чим більше респонденту років тим гірше короткострокова слухова пам'ять.

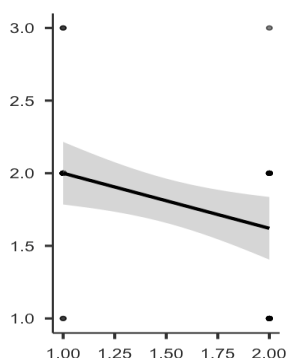


Рис. 3.8. Результати дослідження залежності між віком та рівнем короткострокової слухової пам'яті .

Таким чином, аналіз результатів за методикою «10 слів» А. Лурії дозволив з'ясувати, що рівень короткострокової слухової пам'яті вищий у респондентів 1 групи. По результатах даної методики можемо спостерігати що з віком рівень короткострокової слухової пам'яті знижується.

Результати емпіричного дослідження довгострокової слухової пам'яті за методикою «10 слів» А. Лурії. Опрацьовуючи Методику ми переслідували мету вивчення продуктивності довгострокової слухової пам'яті у 1 та 2 групи респондентів. Результати діагностики по методиці «10 слів» А. Лурії представлено у вигляді:

а) діаграму що демонструє співвідношення кількості респондентів у кожній з груп та рівня довгострокової слухової пам'яті - розрахунки проведені за кількістю осіб (рис. 3.9.)

б) діаграма що демонструє співвідношення кількості респондентів у кожній з груп та рівня довгострокової слухової пам'яті пам'яті -розрахунки проведені у відсотках (рис.3.10.)

в) діаграми “скрипка”, що демонструє розподіл сукупностей даних, використовуючи дзеркальну згладжену гістограму даних. (рис 3.11.)

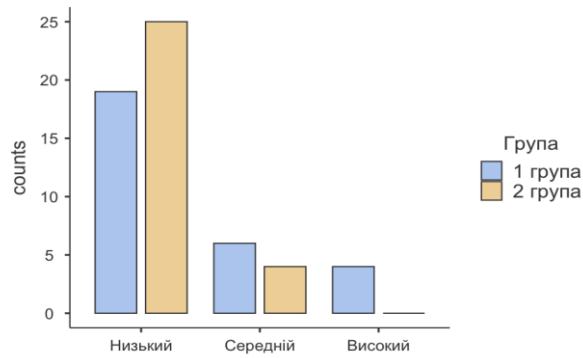


Рис. 3.9. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

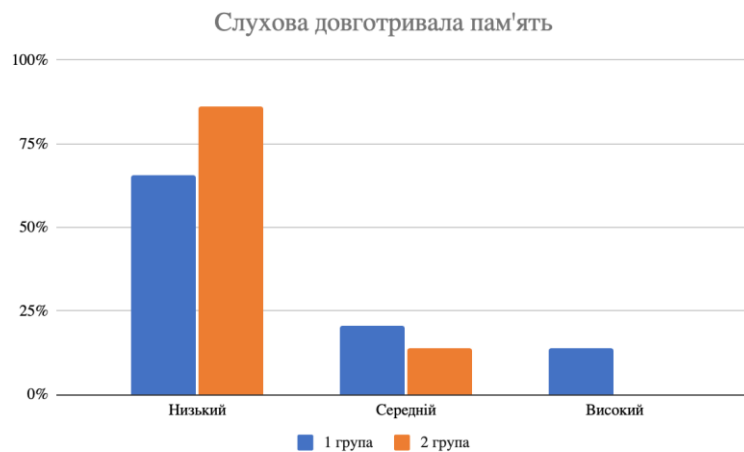


Рис. 3.10. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

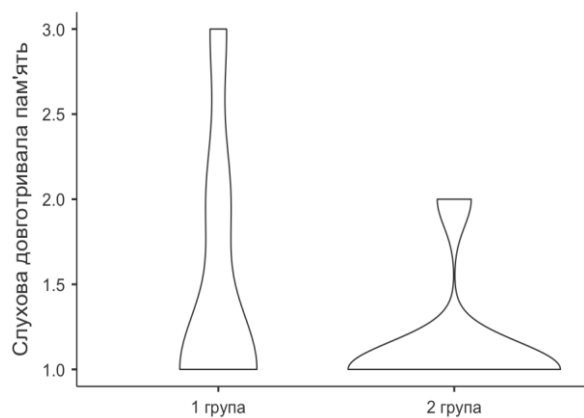


Рис. 3.11. Результати дослідження по методиці «10 слів» А. Лурії

З діаграм представленої на рисунку 3.9. та 3.10. можна побачити, що довгострокова слухова пам'ять у 1 групі респондентів має наступне процентне співвідношення:

- 14% (4 особи) респондентів показало високий рівень
- 21% (6 особа) респондентів показало середній рівень
- 66% (19 особи) респондентів показало низький рівень

У респондентів другої групи ми можемо бачити, що довгострокова слухова пам'ять має наступне процентне співвідношення:

- 0% (0 осіб) респондентів показало високий рівень
- 14% (4 особи) респондентів показало середній рівень
- 86% (25 осіб) респондентів показало низький рівень

Для визначення, яка різниця між рівнями пам'яті, серед двох груп перевіримо нульову гіпотезу H_0 – рівень довгострокової слухової пам'яті не відрізняється в групі 1 та групі 2, та альтернативну гіпотезу H_a – рівень пам'яті у групі 1 вище ніж у групі 2, використовуючи Тест Незалежних Вибірок з критерієм Мана-Уїтні.

Таблиця 3.5

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test					
Independent Samples T-Test					
		Statistic	p		Effect Size
Довгострокова слухова пам'ять	Mann-Whitney U	326	0.049	Rank biserial correlation	0.226
					[4]

Так як $p < 0.05$, а коефіцієнт кореляції < 0.4 (середній) відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , беручи до уваги що коефіцієнт r близький до рівня відсутності значимої різниці, а також коефіцієнт значимості вказує на дуже слабкий взаємозв'язок можемо зробити висновок що різниця між двома групами є та вона незначима.

Для перевірки залежності між групами та рівнем пам'яті використаємо Матрицю Кореляції. Перевіримо H_0 – немає кореляції між віковою групою та рівнем довгострокової слухової пам'яті, H_1 – кореляція присутня.

Таблиця 3.6

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix			
Correlation Matrix		Група	Довгострокова слухова пам'ять
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Довгострокова слухова пам'ять	Spearman's rho	-0.262	—
	p-value	0.047	—

Так як $p < 0.05$, а коефіцієнт кореляції < 0.4 (середній) відкидаємо H_0 та приймаємо H_1 , беручи до уваги що коефіцієнт r близький до рівня відсутності значимої кореляції, а також коефіцієнт значимості вказує на дуже слабкий взаємозв'язок, можемо зробити висновок що різниця між двома групами є та вона не значима.

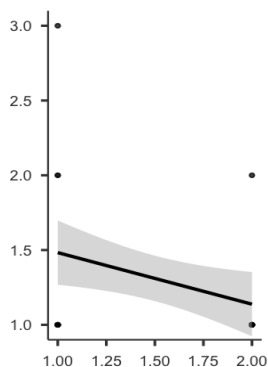


Рис. 3.12. Результати дослідження залежності між групою та рівнем довгострокової пам'яті.

Розглянувши графік кореляції між віком та рівнем довгострокової слухової пам'яті також спостерігається незначна зворотно-пропорційна залежність: чим більше респонденту років тим гірше довгострокова слухової пам'яті.

Результати емпіричного дослідження за допомогою методики «Запам'ятовування 2-х рядів слів».

Опрацьовуючи Методику ми переслідували мету вивчення словесно механічної та словесно логічної пам'яті у 1 та 2 групи респондентів.

Результати діагностики по методиці «Запам'ятовування 2-х рядів слів» представлено у вигляді:

а) діаграма, що демонструє розподіл сукупностей даних, використовуючи дзеркальну згладжену гістограму даних - розрахунки проведені за кількістю осіб (рис. 3.13) (рис. 3.14).

б) діаграми “скрипка”, що демонструє розподіл сукупностей даних, використовуючи дзеркальну згладжену гістограму даних.(рис 3.15)(рис. 3.16).

Словесно механічна пам'ять

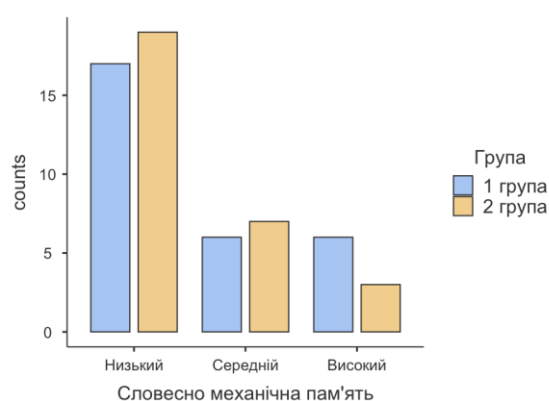


Рис. 3.13 Результати дослідження по методиці «Запам'ятовування 2-х рядів слів»

Словесно логічна пам'ять

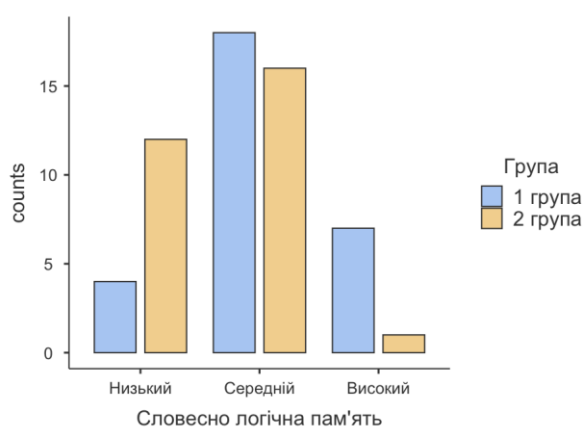


Рис. 3.14 Результати дослідження по методиці «Запам'ятовування 2-х рядів слів»

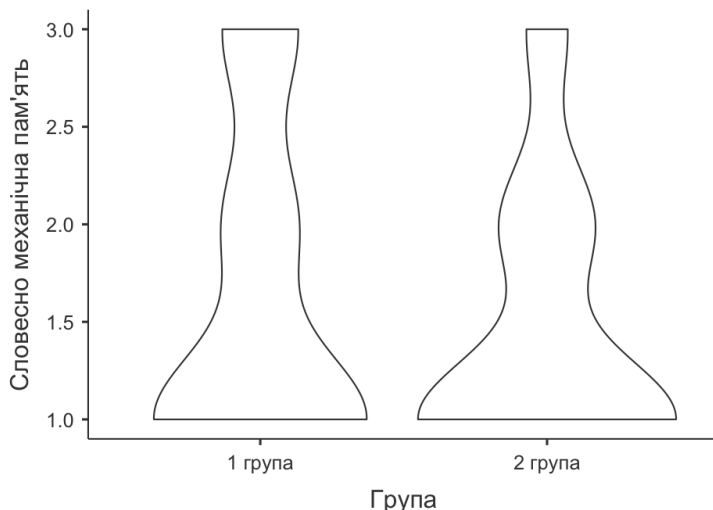


Рис. 3.15 Результати дослідження по методиці «Запам'ятовування 2-х рядів слів»

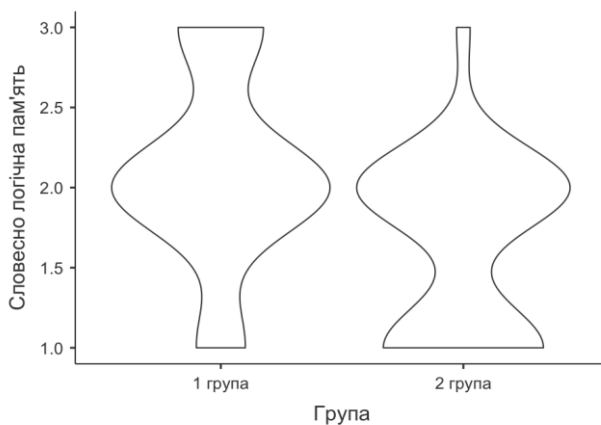


Рис. 3.16 Результати дослідження по методиці «Запам'ятовування 2-х рядів слів»

Візуально можна побачити що різниця в рівні словесно механічної пам'яті між групою 1 та групою 2 незначна.

Для визначення, яка різниця між рівнями словесно механічної пам'яті, серед двох груп респондентів перевіримо нульову гіпотезу H_0 – рівень словесно механічної пам'яті не відрізняється в групі 1 та групі 2, та альтернативну гіпотезу H_a – рівень словесно механічної пам'яті у групі 1 вище ніж у групі 2, використовуючи Тест Незалежних Вибірок з критерієм Мана-Уїтні.

Таблиця 3.7

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test					
		Statistic	p	Effect Size	
Словесно механічна пам'ять	Mann-Whitney U	380	0.466	Rank biserial correlation	0.0975

[3]

Так як $p > 0.05$ ми приймаємо H_0 таким чином різниця між рівнями словесно механічної пам'яті між групою 1 та групою 2 **відсутня**.

Для перевірки залежності між групами та рівнем словесно механічної пам'яті використаємо Матрицю Кореляції. Перевіримо H_0 – немає кореляції між віковою групою та рівнем словесно механічної пам'яті, H_a – кореляція присутня.

Таблиця 3.8.

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix

		Група	Словесно механічна пам'ять
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Словесно механічна пам'ять	Spearman's rho	-0.098	—
	p-value	0.465	—

Так як $p > 0.05$ приймаємо H_0 - кореляція **відсутня**.

Розглядаючи діаграми що ілюструють рівень словесно логічної пам'яті можна зазначити середній рівень в обох групах.

Для визначення, яка різниця між рівнями словесно логічної пам'яті, серед двох груп перевіримо нульову гіпотезу H_0 – рівень словесно логічної пам'яті не відрізняється в групі 1 та групі 2, та альтернативну гіпотезу H_a – рівень словесно логічної пам'яті у групі 1 вище ніж у групі 2, використовуючи Тест Незалежних Вибірок з критерієм Мана-Уїтні.

Таблиця 3.9

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

		Statistic	p	Effect Size
Словесно логічна пам'ять	Mann-Whitney U	258	0.004	Rank biserial correlation 0.388

[3]

Так як $p < 0.05$, а коефіцієнт кореляції < 0.4 (середній) відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , таким чином ми бачимо, що рівень словесно логічної пам'яті у групі 1 вищий ніж у групі 2, але зі слабкою значимістю.

Для перевірки залежності між групами та рівнем словесно логічної пам'яті використаємо Матрицю Кореляції. Перевіримо H_0 – немає кореляції між віковою групою та рівнем словесно логічної пам'яті, H_a – кореляція присутня.

Таблиця 3.10

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		Група	Словесно логічна пам'ять
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Словесно логічна пам'ять	Spearman's rho	-0.381	—
	p-value	0.002	—

Note. H_a is negative correlation

Так як $p < 0.05$ відкидаємо H_0 та приймаємо H_a , також зважаючи що коефіцієнт кореляції Спірмана < 0 можна зробити висновок, про наявність зворотно-пропорційної залежності, а саме чим більше група тим менше результат. Так як група 1 включає у себе молодших респондентів ніж група 2 можна припустити залежність між віком та рівнем словесно логічної пам'яті.

Аналізуючи результати усіх методик за середнім балом отримуємо наступні дані:

1. Перевіряючи значимість різниці рівня розвитку пам'яті між двома групами за допомогою критерію Мана Уїтні (Таблиця 3.11) так як $p < 0.05$ робимо висновок, що різниця присутня. Коефіцієнт кореляції > 0.4 що вказує на значиму відмінність.

2. Перевіряючи взаємозв'язок між двома групами та середнім балом рівня розвитку пам'яті за усіма методиками за допомогою кореляційного аналізу за критерієм Спірмена (Таблиця 3.12) так як $p < 0.05$ робимо висновок що *взаємозв'язок присутній*. Так як коефіцієнт Спірмена за модулем > 0.4 , це вказує на середній рівень кореляції, а також враховуюче те що коефіцієнт Спірмена менше 0 то кореляція зворотно пропорційна. Таким чином беручи до уваги результати кореляційного аналізу можна зробити висновок про наявності зворотно пропорційної кореляції середньої сили між середнім балом за всіма методиками, та віковою групою.

Таблиця 3.11

Результати Тесту Незалежних Вибірок

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test					
		Statistic	p	Effect Size	
Средний бал	Mann-Whitney U	205	<.001	Rank biserial correlation	0.512

[4]

Таблиця 3.12

Результати кореляційного аналізу з критерієм Спірмана

Correlation Matrix

Correlation Matrix			
		Група	Средний бал
Група	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Средний бал	Spearman's rho	-0.451	—
	p-value	<.001	—

3.2. Практичні рекомендації

Організація, методи, кількість та профіль фахівців, що реалізують програму догляду, лікування та корекційну підтримку людини з порушеннями мнестичної діяльності, в нашому випадку це люди раннього та пізнього похилого віку, залежать від етіології, структури і ступеня тяжкості відхилень у здоров'ї, структури первинних порушень і вторинних ускладнень у психофізичному стані, індивідуальних особливостей взаємодії із довкіллям. Комплексна співпраця передбачає процес спільного планування, прийняття рішень, підзвітності та відповідальності в процесі взаємодії та надання допомоги людям раннього та пізнього похилого віку. У спільній взаємодії постачальники послуг (організації соціального та медичного спрямування), направлених на поліпшення чи підтримання стабільного емоційного стану у людей похилого віку, мають працювати разом. Вони мають демонструвати: ефективну комунікацію, довіру, взаємоповагу, розуміння необхідності та дієвості навичок у своїй роботі. Адже більшість навичок і послуг, зазвичай, взаємно доповнюють та підсилюють одна одну.

Попри значну кількість наукових досліджень, сьогодні гостро відчувається проблема профілактики та лікування когнітивних порушень у людей раннього та пізнього похилого віку. Основними викликами, пов'язаними зі старінням нації у нашій країні, є потреба в розвитку та якісному забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я, соціального захисту й надання соціальних послуг для людей похилого віку. Наразі, серед експертів та практиків, активно обговорюється концепція здорового старіння на основі забезпечення довгострокової допомоги людям похилого віку з боку не тільки державного сектору, але й благодійних фондів та громадських організацій, які працюють у даному сегменті соціальних й медичних послуг.

На нашу думку, для регулювання рівня порушення мнестичної діяльності доцільно починати програму корекції на державному рівні. Це можливо здійснити за рахунок розробки спеціальних державних програм. Для забезпечення ефективності та довготривалої продуктивності програм необхідні постановка та послідовне вирішення низки завдань на рівні держави, у тому числі:

- визначення масштабів проблеми з оцінкою мнестичної діяльності, когнітивних розладів;
- забезпечення розуміння проблеми у суспільстві;
- залучення всіх зацікавлених сторін, включаючи групи представників громадянського суспільства;
- визначення пріоритетних напрямів наукових досліджень із проблеми порушення мнестичної діяльності;
- залучення додаткових фінансових ресурсів;
- забезпечення міжвідомчої та міждисциплінарної співпраці;
- встановлення термінів поетапної реалізації програми;
- моніторинг та оцінка підсумків реалізації програми.

До пріоритетних напрямів діяльності в рамках державних програм можна віднести:

- підвищення обізнаності населення про проблеми когнітивного здоров'я;
- своєчасну діагностику когнітивних розладів;
- орієнтацію на безперервну допомогу та послуги високої якості людям похилого віку з мнестичними порушеннями;
- надання підтримки особам, які здійснюють догляд;
- професійну підготовку спеціалістів;
- оптимізацію методів лікування, профілактики та соціальної адаптації людям похилого віку;
- проведення відповідних наукових досліджень.

З огляду на зростаючу кількість осіб з когнітивними розладами вони неминуче звертаються за допомогою до лікарів різних спеціальностей, серед яких найчастіше виявляються неврологи, дільничні терапевти, лікарі загальної практики.

В даний час допомога людям похилого віку виходить за межі компетенції зазначених фахівців, огляд та ведення пацієнтів вимагають спеціальних знань та більшого часу, ніж при звичайному прийомі невролога або психолога. Звідки випливає важливість організації спеціалізованої допомоги вже хворим людям

похилого віку з клінічно значущими когнітивними розладами та розвитку геріатричної служби з розгортанням спеціалізованих нейрогеріатричних кабінетів.[58]

Зважаючи на суттєву поширеність когнітивних розладів у осіб похилого віку, спеціалізовані кабінети порушень пам'яті та підрозділи геріатричної служби мають бути більш доступними за наявності показань після етапу первинної медичної допомоги, на якому можливе проведення скринінгу когнітивних порушень у літніх людей віком 60 років та старше.

В першу чергу для хорошої роботи пам'яті людей похилого віку важливо мати гарний фізичний стан організму. Для цього пропонується наступне:

1. Навантаження, особливо у похилому віці, повинні бути помірними та збалансованими. Перевтома, як емоційна, так і фізична, вимагає великих ресурсів від тіла на відновлення, а літньому віці вони стають дефіцитом.

2. Сон має бути достатнім. Під час сну із мозку видаляються токсичні залишки продуктів життєдіяльності. І коли часу на таке «прибирання» достатньо, людина прокидається свіжою та відпочившою. Коли ж часу недостатньо, навіть молода і здорова людина може відчувати зниження своїх когнітивних здібностей. Для літнього віку характерні проблеми з тривалістю та якістю сну. Важливо розуміти, що ці проблеми – не вирок і сон можна відрегулювати при грамотному застосуванні медикаментів, після консультації з лікарем.

3. Фізична активність безпосередньо пов'язана з роботою головного мозку – помірне фізичне навантаження дозволяє природно наситити мозок киснем, прискорює обмінні процеси. Також планування та координація рухів змушує спільно працювати різні відділи мозку, що призводить до загального підвищення його працездатності і це стосується великих та дрібних рухів. Важливо також, щоб фізичне навантаження відповідало інтересам і можливостям людини похилого віку, приносило задоволення і було цікавим.

Наступний важливий момент – психічний стан людей раннього та пізнього похилого віку.

Пам'ять є одним із чотирьох основних пізнавальних процесів: запам'ятовування, увага, сприйняття та мова, і з усіма, особливо зі сприйняттям та увагою, пам'ять перебуває у тісній взаємодії. Розглядаючи пам'ять саме з такої точки зору, ми можемо істотно розширити уявлення про можливості її зміцнення.

1. Сприйняття є основою будь-якої когнітивної функції. Завдяки цьому процесу ми отримуємо інформацію про навколишній світ через наші органи чуття: нюх, дотик, слух, зір, смак. Чим краще працюють органи чуттів, тим яскравіші емоції ми отримуємо від навколишнього світу, а отже, і краще запам'ятовуємо.

Як тренувати сприйняття? Приділяти увагу своїм відчуттям, смакувати їх, помічати різницю смаків та запахів, відзначати емоції від побаченого та почутого, звертати увагу на відчуття тіла. Різні медитативні практики можуть допомогти у тому, щоб навчитися концентруватися на чуттєвих відчуттях.

2. Увага є основою будь-якої когнітивної функції, зокрема пам'яті. Тому будь-які способи тренування уваги будуть мати позитивний ефект.

3. Споглядання предметів мистецтва, природних краєвидів. Це, мабуть, один із найприємніших способів тренування – приділяти увагу деталям прекрасного.

4. Будь-які рухливі ігри та фізична активність – дартс, боулінг, ігри з м'ячем (зокрема сидячи), лижі, скандинавська ходьба тощо. Незалежно від того, чи потрібна тривала або короткочасна концентрація уваги – цілеспрямована фізична активність буде корисною для підтримки когнітивного тону. За результатами досліджень, регулярні заняття спортом або танцями сприяють збільшенню обсягу гіпокампа, що багато в чому відповідає за якість роботи пам'яті та зазнає дегенеративних змін.

5. Комп'ютерні ігри для тренування. Вони підходять для людей раннього похилого віку, якщо їх цікавлять технічні новинки. При серйозному відношенні та регулярному використанні такі ігри здатні мати гарний ефект. Додатковим стимулом до занять може стати радість від того, що людині похилого віку можна буде освоїти комп'ютер і набути нові соціальні контакти (розглядаючи комп'ютерні ігри як хобі).

6. Розгадування кросвордів та філвордів.

7. Важливо, щоб людині похилого віку цікаво було включатися в різні активності – у цьому дуже може допомогти хороша компанія – рідних, особливо,

якщо є онуки, або ровесники, які також мають бажання залишатися активними протягом довгих років.

8. Будь яку «активність» особливо важливо робити за наявності діагностованого зниження мнестичної діяльності. Звичайно, необхідно приділяти увагу тому, щоб вправа за своєю складністю відповідала актуальним когнітивним здібностям людини похилого віку. Надмірні навантаження і вимоги можуть призвести до того, що людина похилого віку втратить інтерес до занять і до активність в цілому, стане пригніченою і замкнеться в собі, що в цілому створить сприятливий ґрунт для прогресування захворювання.

З метою покращення мнестичної діяльності у людей похилого віку можемо розглянути варіант проекту «Інтелектуально-розважальний клуб для людей похилого віку». Діяльність клубу має проводитись відповідно до плану роботи з кількох напрямків.

Процес навчання та взаємодії, по можливості охоплює потенціал кожного учасника: рівень та обсяг його компетентності, самостійність, здатність до прийняття рішень та взаємодії, сприяє саморозвитку та самовдосконаленню. Важливо, що після участі в проекті, учасники отримують чіткі уявлення про можливості використання отриманої інформації навіть вдома. Методика розробки програми полягає у послідовному виконанні етапів: 1.)визначення мети; 2.)розробки плану-структури занять; 3.) добору та опису вправ й завдань; 4.)організації самостійної роботи учасників;

Заняття у спеціальному центрі можуть відбуватися згідно з графіком, як приклад, один раз на тиждень по 35-40 хвилин. Розглянемо докладніше цілі та завдання занять.

Як цілі ми визначаємо дві мети:

Перша – розкрити творчий інтелектуальний потенціал людини похилого віку, розширити світогляд, підвищити рівень культури.

Друга – проведення тренування з відновлення та підтримки у робочому стані когнітивних функцій (когнітивного резерву).

Завдання занять, спрямовані на досягнення поставленої мети:

- виховання творчого ставлення до всіх сфер життя;
- формування навичок логічного мислення, а також їх тренування;
- розвиток комунікативних навичок, уміння вирішувати завдання у команді, а також шукати правильне рішення;
- розвиток креативних (творчих) здібностей;
- підтримання функцій пам'яті, уваги та мислення;
- покращення швидкості реакції;
- підвищення емоційного фону настрою та ін.

Ця програма може бути спрямована на інтелектуальний та духовний розвиток особистості людей раннього та пізнього похилого віку, на створення умов для її творчої самореалізації. Когнітивний резерв не є статичною величиною, він може змінюватись під впливом когнітивного тренування.

Зміст і система занять вибудовуються таким чином, щоб було всім зрозуміло, що вони спрямовані на розвиток особистості через формування пошукового типу мислення, творчих здібностей, що участь в інтелектуальних іграх, які проводяться у спеціальному центрі, дає впевненість людям похилого віку у своїх можливостях, створює гранично широкий фронт для пізнання, самостійної діяльності та реалізації творчого потенціалу, починаючи від набуття конкретних знань про різні предмети, до самостійного дослідження.

Під час занять набуваються навички аналізу та синтезу, формуються вміння роботи в команді, розширюється світогляд. На заняттях учасники клубу можуть займатися відгадуванням ребусів, загадок, головоломок, детективних ігор та ін.

Для оцінки когнітивного статусу та стану емоційно-вольової сфери спершу має проводитись коротке психодіагностичне дослідження за методиками «Тест малювання годинників». За результатами тестування, за умови відсутності виражених когнітивних порушень, учасникам рекомендується відвідування та участь у роботі клубу. При підозрі на серйозні когнітивні порушення з такими людьми, проводиться додаткове психодіагностичне дослідження для уточнення когнітивного статусу та проводиться індивідуальна робота.

Кожне заняття в клубі може починається з вправ з нейробіки – зарядки для мозку. [60]

Така розминка стимулює роботу мозку, створює певний позитивний емоційний фон, без якого ефективно засвоєння знань знижується.

Вправи виконуються за двома напрямками:

1. Для синхронізації півкуль головного мозку;
2. Для розвитку правої півкулі мозку.[61]

Основна частина заняття включає вправи і завдання для тренування пам'яті, уваги, мислення та уяви. Розглянемо ці напрямки докладніше.

Говорячи про тренування пам'яті, слід розуміти, що пам'ять завжди розвивається в тісному зв'язку з увагою, сприйняттям і мисленням, тому більшість завдань все ж таки мають комплексний характер. Завдання, що розвивають пам'ять, включають вправи на розвиток слухової та зорової пам'яті, ігри, в яких люди вчаться застосовувати мнемотехніку – набір спеціальних прийомів і методів, що полегшують запам'ятовування необхідної інформації та збільшують обсяг пам'яті, вправи, що дозволяють осмислювати та міцно зберігати у своїй пам'яті різні визначення.

Всі ці завдання сприяють збільшенню обсягу зорового та слухового запам'ятовування, розвитку семантичної пам'яті, сприйняття та спостережливості, закладають основу для раціонального використання часу та зусиль, а також розбудову та інтеграцію з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), використовуючи різні мнемотехнічні прийоми. Для тренування пам'яті можна використовувати таблиці «Шульте», завдання: «Згадай прислів'я», «Запам'ятай 10 слів», «Запам'ятай предмети», «Що змінилося на картинці», «Слова навпаки» та ін.

Тренування уваги включає цілий ряд вправ, спрямованих на активізацію процесів довільної уваги, стійкості, перемикання та розподілу. Виконання цих завдань сприяє формуванню таких життєво важливих умінь, як уміння цілеспрямовано зосереджуватися, швидко орієнтуватися у незнайомій ситуації та уникати небезпек. Тут можна використовувати такі завдання, як: «Знайди приховане», «Знайди зайве», «Знайди kota», «Знайди відмінності», «Чия тінь» та ін.

Для тренування уваги можуть бути використані вправи, засновані на матеріалі, що включає завдання геометричного характеру і навіть завдання тренування фантазії. Зацікавлені в взаємодії люди похилого віку будуть з радістю відгадують дудли, шукати на картинці слова на певну літеру, вигадують нові варіанти використання звичних речей, відповідають на дитячі питання, адже усі ці вправи об'єднують їх та допомагають відчувати себе частиною суспільства, частиною групи рівних собі.

Вправи для тренування мислення дозволяють будувати правильні міркування і проводити докази на матеріалі, доступному людям похилого віку на їх життєвому досвіді без попередньої теоретичної розробки законів і правил логіки, а також формувати навички роботи з алгоритмічними розпорядженнями (покрокове виконання завдання). Тут можна застосовувати такі завдання: «Числові послідовності», «Кольорові слова», ребуси, логогрифи, головоломки та анаграми.

Розвиток комунікативної спрямованості мислення та здатності до кооперації включає роботу з орієнтацією на іншу людину, спільну діяльність у парах і групі для досягнення загальної мети. З цією метою в заняття включаються різні детективні загадки та ігри.

Людам пізнього похилого віку такі заняття допомагають підтримати мозок у тонусі, що дозволяє уникнути погіршення пам'яті, яке приходить із віком, а також підтримувати високу активність. Ці вправи можуть помітно зменшити депресію.

Науковці довели вплив маніпуляції рук на функції найвищої нервової діяльності, розвиток мови. Прості рухи рук допомагають усунути напругу не тільки з самих рук, але і з губ, знімають втому. Вони здатні покращити вимову багатьох звуків, отже – розвивати мову.

Японський лікар Намікосі Токудзіро створив оздоровчу методику впливу на руки. Він стверджував, що пальці наділені великою кількістю рецепторів, що посилають імпульси до центральної нервової системи людини. Гімнастика для рук спрямована на:

- збереження природних даних рук, підтримки їхньої форми, гнучкості пальців, тренування суглобів, поліпшення кровообігу;
- стимуляцію роботи всіх органів та систем в організмі;

- профілактику та лікування хвороб, наприклад, розсіяного склерозу, артрозу, артрити, черепно-мозкових травм, інсультів та інших;
- допомагає синхронізувати роботу правої та лівої півкулі мозку;
- розвиває інтелектуальні здібності, у тому числі пам'ять;
- впливає на творчі здібності.[63]

У розвитку особистості важливо рівномірно розвивати обидві півкулі мозку, оскільки вони важливі та взаємопов'язані між собою. Тому в заняттях повинні бути рівномірно розподілені завдання для розвитку обох півкуль мозку. Ліва півкуля довгий час вважалася домінуючою, оскільки відповідає за логічне мислення. Ліва півкуля мозку відповідає за мовні здібності. Вона контролює мову, здібності до читання та письма, запам'ятовує факти, імена, дати та їх написання. Але в даний час вчені вважають, що обидві півкулі рівні і досягти геніальності без активної роботи обох неможливо.

Права півкуля відповідає за виконання наступних функцій: обробка невербальної інформації, просторова орієнтація, музичність, уява, художні здібності, емоції. Тренуючи мозок інтелектуальними заняттями, ми впливаємо на когнітивні здібності, а застосовуючи попередження нейробіки, ми досягаємо активної роботи обох півкуль. Нейробіку можна вважати аеробікою для людського мозку. Та й саме слово – «нейробіка» складається зі слів «нейрон» і «аеробіка», тобто аеробіка для нейронів. [62]

Якщо дендрити (відростки нервових клітин, через які проходять імпульси від одних нейронів до інших) періодично не стимулювати, то вони атрофуються і втрачають здатність проводити нервові імпульси, у чому сильно нагадують м'язи, що втрачають свої функціональні здібності без фізичного навантаження. Основною відмінністю даної методики від багатьох інших можна назвати те, що вправи нейробіки націлені на широке використання всіх п'яти почуттів людини. Причому використовуються вони незвичайним чином і в максимально незвичних комбінаціях.

Необхідно щодня міняти рутинні та шаблонні дії на нові, незвичні, які задіють один, а краще кілька органів чуття, тобто виконувати звичайні дії незвичайним

способом. Звичка висушує наш мозок. Для продуктивної роботи йому потрібні нові враження. Нейробіка змінює звичний стиль нашого життя, збагачуючи його новими враженнями. Нейробічні справи дуже прості, займатися ними може будь-яка людина у будь-якому віці. Фізкультура допомагає людині бути в хорошій фізичній формі, а нейробіка допоможе набути хорошу «ментальну» форму.[62]

Для підтримання хорошої роботи пам'яті людей похилого віку важливо слідкувати не лише фізичний стан організму та контролювати медичні показники. Потрібен комплексний підхід. Зважаючи на те, що з віком людина втрачає більшість соціальних зав'язків, з різних причин, і нові соціальні знайомства стають рідкістю, виникає необхідність у створенні проектної роботи, спрямованої на створення приземного простору однолітків та однодумців, з можливістю підтримання свого психічно-емоційного стану через виконання певних вправ. Програма може бути спрямована на інтелектуальний та духовний розвиток особистості людей раннього та пізнього похилого віку, на створення умов для її творчої самореалізації. Когнітивний резерв не є статичною величиною, він може змінюватись під впливом когнітивного тренування, через завдання спрямовані на збільшення обсягу зорового та слухового запам'ятовування, розвитку семантичної пам'яті, сприйняття та спостережливості, закладають основу для раціонального використання часу та зусиль, а також розбудову та інтеграцію з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), використовуючи різні мнемотехнічні прийоми.

На нашу думку, для регулювання рівня порушення мнестичної діяльності доцільно починати програму корекції на державному рівні.

В даний час допомога людям похилого віку виходить за межі компетенції медичних фахівців, огляд та ведення пацієнтів (люди похилого віку) вимагають спеціальних знань та більшого часу, ніж при звичайному прийомі невролога або психолога. Звідки випливає важливість організації спеціалізованої допомоги вже хворим людям похилого віку з клінічно значущими когнітивними розладами та розвитку геріатричної служби з розгортанням спеціалізованих нейрогеріатричних кабінетів.

Висновки до розділу 3

На підставі результатів, отриманих у ході емпіричного дослідження, було зроблено такі висновки:

1. Проаналізувавши середній бал за усіма методиками, для того, щоб зробити висновки, щодо взаємозв'язку рівня розвитку пам'яті, за різними критеріями оцінювання, та віковою групою, було встановлено наявність такого взаємозв'язку, аналіз вказує на наявність зворотно пропорційної кореляції середньої сили. Так як респонденти були розподілені за віковим критерієм: група 1 люди раннього похилого віку та група 2 люди пізнього похилого віку, а результати кореляційного аналізу вказують на зворотно пропорційний зв'язок між номером групи та середнім балом, маємо зробити висновок, що люди раннього похилого віку мають в середньому більший бал оцінювання розвитку пам'яті ніж люди пізнього похилого віку.

2. Проаналізувавши кожну методику окремо, ми можемо спостерігати, що найбільша перевага у рівні розвитку пам'яті у людей раннього похилого виявлена під час дослідження опосередкованої пам'яті. Довгострокова слухова пам'ять знаходиться на низькому рівні в обох групах, та її рівень між людьми раннього похилого віку та люди пізнього похилого віку зовсім незначний. Короткострокова пам'ять знаходиться в більшості респондентів обох груп на низькому та середньому рівнях, але у людей раннього похилого віку пам'ять знаходиться в середньому на вищому рівні. Також відсутня різниця в рівні розвитку словесно механічної пам'яті, при цьому рівень розвитку даного типу пам'яті знаходиться на низькому рівні у більшості респондентів в обох групах. Щодо словесно логічної пам'яті, спираючись на аналіз отриманих результатів бачимо, що у людей раннього похилого віку результати вище.

3. Найскладнішим завданням для обох категорій було випробування на довгострокову слухову пам'ять, виходячи з чого можна зробити припущення що вікові зміни найбільше мають негативний вплив на довгострокову слухову пам'ять.

4. Найбільша різниця у рівні розвитку пам'яті спостерігається під час дослідження опосередкованої пам'яті, що може вказувати на швидку деградацію

цього виду пам'яті якраз в перехідний період між раннім похилим віком та пізнім похилим віком.

5. Для підтримання хорошої роботи пам'яті людей похилого віку важливо слідкувати не лише фізичний стан організму та контролювати медичні показники. Потрібен комплексний підхід. Зважаючи на те, що з віком людина втрачає більшість соціальних зав'язків, з різних причин, і нові соціальні знайомства стають рідкістю, виникає необхідність у створенні проектної роботи, спрямованої на створення приземного простору однолітків та однодумців, з можливістю підтримання свого психічно-емоційного стану через виконання певних вправ. Програма може бути спрямована на інтелектуальний та духовний розвиток особистості людей раннього та пізнього похилого віку, на створення умов для її творчої самореалізації. Когнітивний резерв не є статичною величиною, він може змінюватись під впливом когнітивного тренування, через завдання спрямовані на збільшення обсягу зорового та слухового запам'ятовування, розвитку семантичної пам'яті, сприйняття та спостережливості, закладають основу для раціонального використання часу та зусиль, а також розбудову та інтеграцію з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), використовуючи різні мнемотехнічні прийоми. На нашу думку, для регулювання рівня порушення мнестичної діяльності доцільно починати програму корекції на державному рівні. В даний час допомога людям похилого віку виходить за межі компетенції медичних фахівців, огляд та ведення пацієнтів (люди похилого віку) вимагають спеціальних знань та більшого часу, ніж при звичайному прийомі невролога або психолога. Звідки випливає важливість організації спеціалізованої допомоги вже хворим людям похилого віку з клінічно значущими когнітивними розладами та розвитку геріатричної служби з розгортанням спеціалізованих нейрогеріатричних кабінетів.

ВИСНОВКИ

В результаті теоретичного дослідження наукової проблеми особливостей пам'яті в процесі старіння можна зробити ряд важливих висновків та узагальнень.

1. Пам'ять – це пізнавальний процес психічного відображення минулого досвіду і дійсності, що полягає у фіксації (запам'ятовування), ретенції (збереження), репродукції (відтворення) і амнезії (забування) інформації. Процеси пам'яті забезпечують здатність об'єднати наявне тут і зараз сприйняття з минулим, пережитим з пережитим, створювати умови для передбачення (антиципації) подій, накопичувати навички, знання, досвід.

2. Крім процесів запам'ятовування, збереження та відтворення важливе значення в мнестичній функції мають процес забування. Забування – природний процес згасання колишньої інформації, почуттів та навичок зникнення, стирання з пам'яті збереженої раніше інформації різної модальності. Якщо в молодому віці процес забування носить гармонійний та доцільний характер, то з віком процеси забування починають переважати над процесами збереження, що яскраво проявляється у людей похилого віку.

3. На результативність роботи пам'яті та мнестичних процесів впливає цілий комплекс чинників: значущість інформації, кількість повторень, використання мнемотехнічних прийомів, індивідуальні особливості роботи мозку та психіки людини, в тому числі спадкові і набуті риси, її психофізичний стан, вроджена здатність до концентрації уваги, установка на запам'ятовування. Індивідуальні відмінності роботи пам'яті в їх крайніх проявах можуть спричиняти ряд її патологій.

4. Старість – останній етап індивідуального онтогенезу людини та являє собою підсумок життєвого шляху людини. Процес старіння розвивається нерівномірно та хвилеподібно як в часі, так і в локалізації по органам людського організму. Зумовлюється цей процес спадковістю і реактивністю, а також зовнішніми чинниками, зокрема, оточенням.

5. Основною психологічною особливістю людей похилого віку є пошук сенсу прожитого життя і доказів виправданості власних ціннісних орієнтацій. прийняття поступового завершення свого існування є однією з основних задач розвитку

особистості індивіда на даному етапі. Уміння передати життєвий досвід і знання наступним поколінням є основною передумовою для успішної самоактуалізації і розвитку діалогічності свідомості та самосвідомості, яка передбачає емпатію і здатність розуміти мотиви і логіку інших людей. Особливо гострою психологічною проблемою у більшості людей похилого віку є самотність та породжений нею дефіцит спілкування.

6. В основі регресивних змін когнітивної сфери осіб похилого віку служить розпад адаптивної пластичності головного мозку. Комплекс вікових змін включає порушення сприйняття, пам'яті, пізнавальних (когнітивних) навичок, моторного контролю, емоційної реактивності. В процесі старіння погіршення показників пам'яті може стосуватися будь-якого з відомих видів пам'яті. Однак найбільш вираженим є зниження функції довготривалої пам'яті.

На підставі результатів, отриманих у ході емпіричного дослідження, було зроблено такі висновки:

1. Проаналізувавши середній бал за усіма методиками, для того, щоб зробити висновки, щодо взаємозв'язку рівня розвитку пам'яті, за різними критеріями оцінювання, та віковою групою, було встановлено наявність такого взаємозв'язку. аналіз вказує на наявність зворотно пропорційної кореляції середньої сили. Так як респонденти були розподілені за віковим критерієм: група 1 люди раннього похилого віку та група 2 люди пізнього похилого віку, а результати кореляційного аналізу вказують на зворотно пропорційний зв'язок між номером групи та середнім балом, маємо зробити висновок, що люди раннього похилого віку мають в середньому більший бал оцінювання розвитку пам'яті аніж люди пізнього похилого віку.

2. Проаналізувавши кожну методику окремо, ми можемо спостерігати, що найбільша перевага у рівні розвитку пам'яті у людей раннього похилого виявлена під час дослідження опосередкованої пам'яті. Довгострокова слухова пам'ять знаходиться на низькому рівні в обох групах, та її рівень між людьми раннього похилого віку та люди пізнього похилого віку зовсім незначний. Короткострокова пам'ять знаходиться в більшості респондентів обох груп на низькому та середньому рівнях, але у людей раннього похилого віку пам'ять знаходиться в середньому на

вищому рівні. Також відсутня різниця в рівні розвитку словесно механічної пам'яті, при цьому рівень розвитку даного типу пам'яті знаходиться на низькому рівні у більшості респондентів в обох групах. Щодо словесно логічної пам'яті, спираючись на аналіз отриманих результатів бачимо, що у людей раннього похилого віку результати вище.

3. Найскладнішим завданням для обох категорій було випробування на довгострокову слухову пам'ять, виходячи з чого можна зробити припущення що вікові зміни найбільше мають негативний вплив на довгострокову слухову пам'ять.

4. Найбільша різниця у рівні розвитку пам'яті спостерігається під час дослідження опосередкованої пам'яті, що може вказувати на швидку деградацію цього виду пам'яті якраз в перехідний період між ранім похилим віком та пізнім похилим віком.

5. Для підтримання хорошої роботи пам'яті людей похилого віку важливо слідкувати не лише фізичний стан організму та контролювати медичні показники. Потрібен комплексний підхід. Зважаючи на те, що з віком людина втрачає більшість соціальних зав'язків, з різних причин, і нові соціальні знайомства стають рідкістю, виникає необхідність у створенні проектної роботи, спрямованої на створення приземного простору однолітків та однодумців, з можливістю підтримання свого психічно-емоційного стану через виконання певних вправ. Програма може бути спрямована на інтелектуальний та духовний розвиток особистості людей раннього та пізнього похилого віку, на створення умов для її творчої самореалізації. Когнітивний резерв не є статичною величиною, він може змінюватись під впливом когнітивного тренування, через завдання спрямовані на збільшення обсягу зорового та слухового запам'ятовування, розвитку семантичної пам'яті, сприйняття та спостережливості, закладають основу для раціонального використання часу та зусиль, а також розбудову та інтеграцію з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), використовуючи різні мнемотехнічні прийоми.

На нашу думку, для регулювання рівня порушення мнестичної діяльності доцільно починати програму корекції на державному рівні.

В даний час допомога людям похилого віку виходить за межі компетенції медичних фахівців, огляд та ведення пацієнтів (люди похилого віку) вимагають спеціальних знань та більшого часу, ніж при звичайному прийомі невролога або психолога. Звідки випливає важливість організації спеціалізованої допомоги вже хворим людям похилого віку з клінічно значущими когнітивними розладами та розвитку геріатричної служби з розгортанням спеціалізованих нейрогеріатричних кабінетів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 688с.
2. Анциферова Л. И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости. Психологический журнал. 2001. №3. Т. 22. С. 86-99.
3. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология. Санкт-Петербург : Питер, 1998. 445 с.
4. Бачинська Н. Ю. Вікові розлади пам'яті: можливості дофамінергічної терапії // Здоров'я України. 2009. № 5/1. С. 5-21. стор.7
5. Безруков В.В., Бачинська Н.Ю., Холін В.О., Демченко О.В, Полетаєва К.М., Шулькевич А.А. Синдром помірних когнітивних порушень при старінні / Методичні рекомендації. Київ, 2007. 32 с.
6. Боженкова К. А. Психологические особенности людей пожилого возраста. Приволжский научный вестник. 2016. №3 (55). С.130-132.
7. Бочелюк В. Й., Черепехіна О. А. Геронтопсихологія : навчальний посібник. Київ : КНТ, 2014. 436 с.
8. Гальперин П. Я., Лекции по психологии: учеб. пособие для студентов вузов. Москва : Книжный дом «Университет»: Высшая школа, 2002. 400с.
9. Горещька О. Геронтопсихологія: навчальний посібник для студентів спеціальності 053 Психологія. Харків : Видавництво Іванченка І. С., 2017. 210 с.
10. Демографическое старение. Википедия : веб-сайт. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Демографическое_старение (дата звернення: 05.10.2021)
11. Демченко О.В., Полетаєва К.М. Особливості біоелектричної активності головного мозку у хворих похилого віку із синдромом помірних когнітивних порушень. // Мат. V Національного конгресу геронтологів і геріатрів України (Київ, 12-14 жовтня 2010 р.). Київ, 2010. С. 268.

12. Дзюба Т. М., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: навчальний посібник Київ: Видавничий дім «Слово», 2013. 264 с.
13. Дорогина О. И., Лебедева Ю. В., Токарская Л. В., Хлыстова Е. В.; под общ. ред. Лебедевой Ю. В. Геронтопсихология : учебное пособие. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2020. 131 с.
14. Ермолаева М. В. Психология развития: метод. пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения. Москва : Издательство Московского психолого-социального института, 2008. 376 с.
15. Ермолаева М. Практическая психология старости. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 320 с.
16. Житинська М. О., Соціально-педагогічна підтримка життєдіяльності осіб похилого віку в умовах територіального центру соціального обслуговування: дис. к-та пед. наук : 13.00.05 / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2018. 260 с.
17. Карвасарский Б. Д., Клиническая психология. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 280 с.
18. Карпенко Є. Вікова та педагогічна психологія: актуальні студії сучасних українських учених : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2014. 152 с.
19. Козій Т.П. Властивості вищої нервової діяльності у людей зрілого віку з порушеннями системного та церебрального кровообігу: автореф. дис... канд. біол. наук: 03.00.13; Тавр. нац. ун-т ім. В.І.Вернадського. Сімф., 2009. 20 с. С. 4.
20. Козій Т.П. Властивості вищої нервової діяльності у людей зрілого віку з порушеннями системного та церебрального кровообігу: автореф. дис... канд. біол. наук: 03.00.13; Тавр. нац. ун-т ім. В.І.Вернадського. Сімф., 2009. 20 с. С.3
21. Кокун О. М. Психофізіологія : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
22. Кордунова Н. О. Геронтопсихологія: матеріали для проведення психодіагностичного дослідження з людьми похилого віку. Методичні

- рекомендації до практичних та лабораторних занять. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013.140 с.
23. Крайг Г. Психология развития. Санкт-Петербург: Питер, 2001.992 с.
24. Кричковська Т. Д. Психологія аномального розвитку: навч. посіб. Ніжин. держ. ун-т ім. М. Гоголя. Київ: КНТ. 2016. 163 с. стор.68
25. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А., Прикладная клиническая психология : учебное пособие. Санкт-Петербург :СПбГИПСР, 2012. 444 с.
26. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология. Москва: МЕДпресс-информ. 2005. 413 с.
27. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал: структура и диагностика. Москва: Смысл, 2011.680с.
28. Максименко С. Д. Загальна психологія: навчальний посібник. Київ : ЦНЛ, 2019. 272 с.
29. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник. 2-е вид. Київ: Слово, 2014. 516 с. С.142.
30. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник. 2-е вид. Київ: Слово, 2014. 516 с. стор.138.
31. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ: Миланик, 2007.142 с.
32. Максименко С. Д., Максименко К. С., Палуча М. В. Психологія особистості. Київ : Видавництво ТОВ «Клем», 2007.296 с.
33. Мартинюк І. А. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології. Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 2.С. 15-17.
34. Мартинюк І. А. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології. Практична психологія та соціальна робота.2007.№ 1.С. 32-38.
35. Медична психологія: навчальний посібник. Під ред. Пошук Н. Г., Маркова М. В., Кондратюк А. І., Стукан Л. В. Вінниця : Горбачук І. П., 2010.135 с.

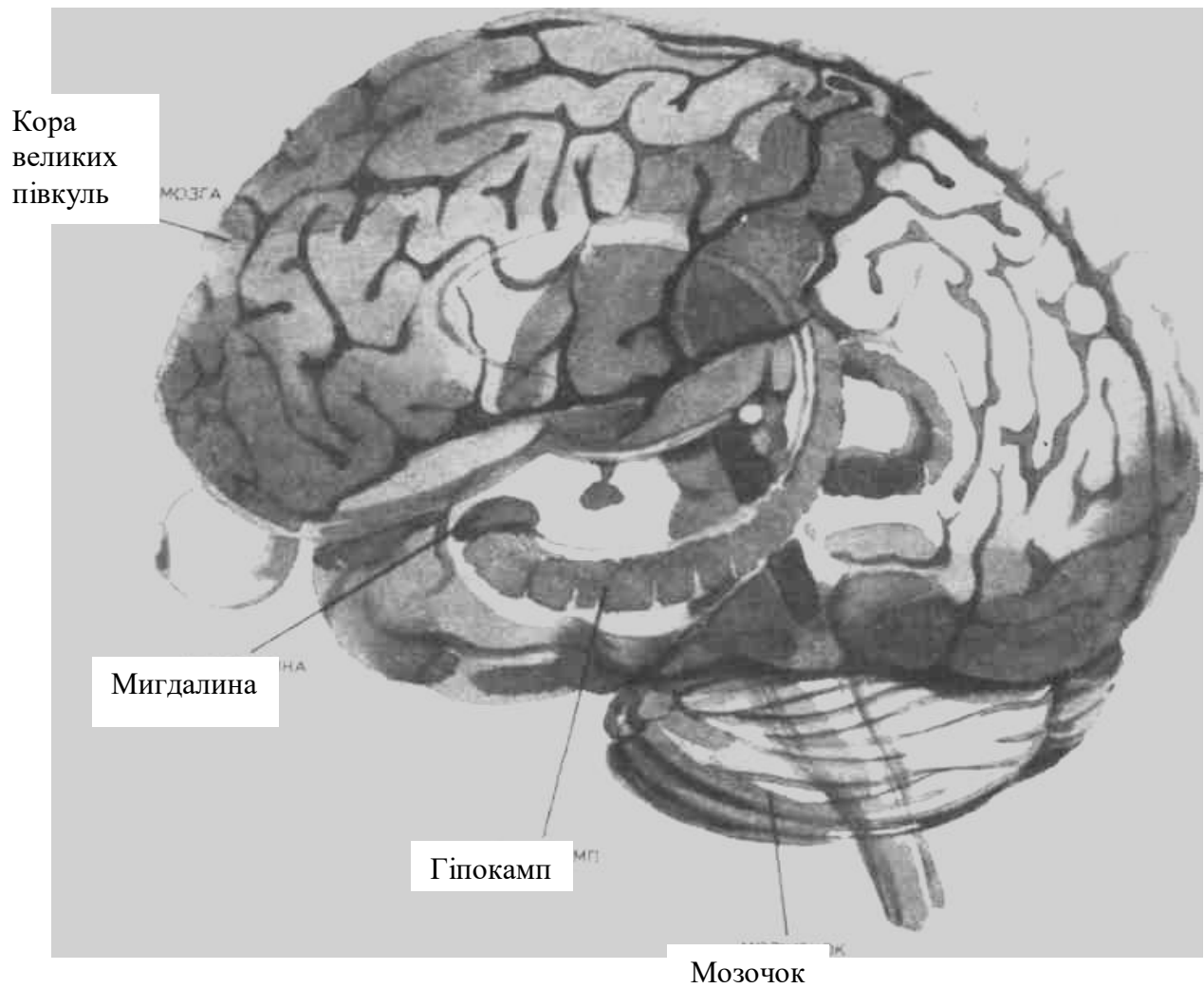
36. Немов Р. С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. Кн.1: Общие основы психологии. 688 с.
37. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ. 2016. 369 с.
38. Пальм Г. А. Загальна психологія: навчальний посібник з мультимедійним курсом. Дніпропетровськ : Вид-во ДУЕП, 2012. 256 с.
39. Петровский А. В. Клиническая психология: энциклопедический словарь Москва : ПЕР СЭ, 2007. 410 с.
40. Піонтківська О. Г. Соціально-психологічна підтримка суспільної активності людей похилого віку: дис. ... к-та психол. наук : 19.00.05 / Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2018. 240 с.
41. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / под ред. А. А. Реана. Санкт-Петербург: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 416 с.
42. Райгородский Д. Я. Психология старости: Хрестоматия . Самара: БАХРАХ-М, 2004. 736 с.
43. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
44. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднийчук З. В. та ін. Вікова та педагогічна психологія: навч. Посібник. Київ : Просвіта, 2001. 416 с.
45. Слободянюк І.А. Основи клієнтцентрованої терапії: навчальний посібник. Київ: Навчально-методичний центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2012. 136 с.
46. Старіння населення. Вікіпедія : веб-сайт. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Старіння_населення (дата звернення: 05.10.2021).
47. Стюарт-Гамильтон Я., Психология старения. Санкт-Петербург: Питер, 2010. 320 с.
48. Тимофієва М.П. Духовність як чинник формування психічного здоров'я особистості // Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наукових праць. Філософія. Чернівці: Рута, 2008. №414- 415. С. 23-27. стор.25

49. Титова Н. М. Клиническая психология. Санкт-Петербург: Приор-издат, 2007. 112 с.
50. Турецька Х., Гурська Т. Патопсихологія: навчальний посібник. Тернопіль: Навчальна книга. Богдан, 2015. 160 с. стор.77
51. Ушакова І. М. Геронтопсихологія : підручник. Харків : НУЦЗУ, 2014. 236 с.
52. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость. Москва : Издательский центр «Академия», 2002.208 с.
53. Цимбалюк І.Н. Психологічне консультування та корекція: навч. посіб. Модельно-рейтинговий курс. Київ: Видавничий дім «Професіонал», 2009. 544 с. стор.277
54. Чередніченко Н. В. Диференціальна діагностика м'яких нейрокогнітивних розладів у осіб похилого та старечого віку: дис. ... к-тамед. наук :14.01.16 / Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України. Запоріжжя, 2017. 252 с.
55. Швалб Ю. М., Данчева О. В. Самотність: соціально-психологічні проблеми. Київ : Либідь, 1991. 270 с.
56. Шебанова С. Г., Шебанова В. І. Клінічна психологія: навчально- методичний посібник. Херсон, 2009.192 с.
57. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця. 2019. 331с.
58. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Rocz. Akad. Med. Bialymst. 2005. № 50. P. 189-192.
59. Kirova A. M., Bays R. B., Lagalwar S.. Working memory and executive function decline across normal aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. Biomed Res Int. 2015. doi: 10.1155/2015/748212
60. Napatpittayatorn P., Kritpet T., Muangpaisan W., Srisawat C., & Junnu S. Effects of neurobic exercise on cognitive function and serum brain-derived neurotrophic factor in the normal to mild cognitive impaired older people: A randomized control trial. Songklanakarin J Sci Technol, №41(3), 2019. P. 551-558.

61. Napatpittayatorn P., Kritpet T., Muangpaisan W., Srisawat C., & Junnu S. Effects of neurobic exercise on cognitive function and serum brain-derived neurotrophic factor in the normal to mild cognitive impaired older people: A randomized control trial. *Songklanakarin J Sci Technol*, №41(3), 2019. P. 556
62. Napatpittayatorn P., Kritpet T., Muangpaisan W., Srisawat C., & Junnu S. Effects of neurobic exercise on cognitive function and serum brain-derived neurotrophic factor in the normal to mild cognitive impaired older people: A randomized control trial. *Songklanakarin J Sci Technol*, №41(3), 2019. P. 557
63. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people // *CMAJ*. 2005. Vol. 173(5). P. 489-95.

ДОДАТОК 1

Структури головного мозку,
що беруть участь в мнестичних процесах[30]



Додаток 2
Методика парних асоціацій «Запам'ятовування 2-х рядів слів»
Матеріал (бланк) до методики дослідження логічної та механічної пам'яті

1 ряд слів	2 ряд слів
1.Куриця - Яйце	1.Сірники - Ліжко
2.Ножиці - Різати	2.Жук - Крісло
3.Лампа - Вечір	3.Синиця - Сестра
4.Груша - Компот	4.Капелюх - Ложка
5.Книга - Читати	5.Лійка - Трамвай
6.Корова - Молоко	6.Мухомор - Диван
7.Ручка - Писати	7.Дерево - Вівця
8.Сніг - Зима	8.Буси - Земля
9.Метелик - Муха	9.Туман - Журнал
10.Учено- Школа	10.Риба - Пожежа

Додаток 3
Статистичні дані по респондентам

	Група 1 (55-64 роки)	Група 2 (65 - 72 роки)
Жінки	18	20
Чоловіки	11	9
Всього	29	29
Всього респондентів 1 та 2 групи	58	

Стать	Вік	Група	Стать	Вік	Група
Ж	58	1	М	65	2
М	56	1	Ж	66	2
М	61	1	М	69	2
Ж	55	1	Ж	65	2
Ж	57	1	Ж	69	2
М	55	1	Ж	66	2
М	58	1	Ж	69	2
Ж	63	1	М	67	2
М	63	1	Ж	68	2
Ж	57	1	М	68	2
М	55	1	Ж	71	2
Ж	62	1	Ж	68	2
М	56	1	Ж	66	2
Ж	62	1	М	70	2
Ж	63	1	М	66	2
Ж	61	1	Ж	68	2
Ж	61	1	Ж	66	2
Ж	55	1	М	68	2
М	59	1	Ж	69	2
Ж	60	1	Ж	68	2
М	59	1	Ж	70	2
Ж	55	1	Ж	70	2
М	58	1	Ж	69	2
Ж	58	1	Ж	67	2
Ж	55	1	М	70	2
Ж	58	1	Ж	70	2
М	59	1	М	66	2
Ж	63	1	Ж	67	2
Ж	64	1	Ж	69	2

Додаток 4
Статистичні дані за результатами проведення методики дослідження опосередкованої пам'яті «Піктограма» А. Лурія зведені в підсумкову таблицю

Вік	Група	Кількість запам'ятованих слів	Номинальна оцінка рівня запам'ятовування	Бал
58	1	3	Низький	1
56	1	3	Низький	1
61	1	3	Низький	1
55	1	5	Середній	2
57	1	5	Середній	2
55	1	6	Середній	2
58	1	3	Низький	1
63	1	5	Середній	2
63	1	4	Середній	2
57	1	4	Середній	2
55	1	4	Середній	2
62	1	4	Середній	2
56	1	6	Середній	2
62	1	5	Середній	2
63	1	8	Високий	3
61	1	9	Високий	3
61	1	8	Високий	3
55	1	10	Високий	3
59	1	9	Високий	3
60	1	8	Високий	3
59	1	8	Високий	3
55	1	9	Високий	3

58	1	9	Високий	3
58	1	8	Високий	3
55	1	9	Високий	3
58	1	8	Високий	3
59	1	8	Високий	3
63	1	9	Високий	3
64	1	8	Високий	3
65	2	2	Низький	1
66	2	1	Низький	1
69	2	1	Низький	1
65	2	2	Низький	1
69	2	2	Низький	1
66	2	2	Низький	1
69	2	2	Низький	1
67	2	2	Низький	1
68	2	1	Низький	1
68	2	2	Низький	1
71	2	2	Низький	1
68	2	2	Низький	1
66	2	2	Низький	1
70	2	2	Низький	1
66	2	2	Низький	1
68	2	6	Середній	2
66	2	5	Середній	2
68	2	5	Середній	2
69	2	4	Середній	2
68	2	5	Середній	2

70	2	5	Середній	2
70	2	4	Середній	2
69	2	6	Середній	2
67	2	6	Середній	2
70	2	6	Середній	2
70	2	5	Середній	2
66	2	9	Високий	3
67	2	8	Високий	3
69	2	8	Високий	3
Аналіз надійності McDonald's ω		0.983		
Shapiro-Wilk p		< .001		

Додаток 5

Статистичні дані за результатами проведення методики дослідження динаміки запам'ятовування «10 слів» А. Лурії зведені в підсумкову таблицю

Вік	Група	Короткострокова слухова пам'ять			Довгострокова слухова пам'ять		
		Кількість запам'ятованих слів	Номинальна оцінка рівня запам'ятовування	Бал	Кількість запам'ятованих слів	Номинальна оцінка рівня запам'ятовування	Бал
58	1	4	Низький	1	3	Низький	1
56	1	5	Низький	1	3	Низький	1
61	1	3	Низький	1	2	Низький	1
55	1	4	Низький	1	3	Низький	1
57	1	6	Середній	2	5	Середній	2
55	1	6	Середній	2	5	Середній	2
58	1	6	Середній	2	5	Середній	2
63	1	7	Середній	2	6	Середній	2
63	1	6	Середній	2	5	Середній	2
57	1	6	Середній	2	5	Середній	2
55	1	6	Середній	2	5	Середній	2
62	1	7	Середній	2	4	Низький	1
56	1	6	Середній	2	5	Середній	2
62	1	6	Середній	2	5	Середній	2
63	1	6	Середній	2	5	Середній	2
61	1	7	Середній	2	6	Середній	2
61	1	6	Середній	2	5	Середній	2
55	1	6	Середній	2	5	Середній	2
59	1	7	Середній	2	6	Середній	2
60	1	6	Середній	2	3	Низький	1
59	1	6	Середній	2	5	Середній	2
55	1	7	Середній	2	6	Середній	2

58	1	6	Середній	2	5	Середній	2
58	1	6	Середній	2	5	Середній	2
55	1	8	Високий	3	7	Середній	2
58	1	7	Середній	2	6	Середній	2
59	1	8	Високий	3	8	Високий	3
63	1	9	Високий	3	7	Середній	2
64	1	8	Високий	3	8	Високий	3
65	2	4	Низький	1	3	Низький	1
66	2	5	Низький	1	5	Середній	2
69	2	2	Низький	1	2	Низький	1
65	2	3	Низький	1	3	Низький	1
69	2	5	Низький	1	5	Середній	2
66	2	3	Низький	1	2	Низький	1
69	2	4	Низький	1	3	Низький	1
67	2	5	Низький	1	2	Низький	1
68	2	3	Низький	1	2	Низький	1
68	2	4	Низький	1	4	Низький	1
71	2	3	Низький	1	3	Низький	1
68	2	4	Низький	1	4	Низький	1
66	2	4	Низький	1	3	Низький	1
70	2	6	Середній	2	5	Середній	2
66	2	6	Середній	2	5	Середній	2
68	2	7	Середній	2	6	Середній	2
66	2	6	Середній	2	5	Середній	2
68	2	6	Середній	2	5	Середній	2
69	2	6	Середній	2	5	Середній	2
68	2	7	Середній	2	5	Середній	2

70	2	6	Середній	2	5	Середній	2
70	2	6	Середній	2	5	Середній	2
69	2	7	Середній	2	6	Середній	2
67	2	6	Середній	2	5	Середній	2
70	2	6	Середній	2	5	Середній	2
70	2	6	Середній	2	5	Середній	2
66	2	6	Середній	2	5	Середній	2
67	2	8	Високий	3	7	Середній	2
69	2	9	Високий	3	8	Високий	3
Аналіз надійності McDonald's ω	0.957			0.951			
Shapiro-Wilk p	< .001			< .001			

Додаток 6

Статистичні дані за результатами проведення методики дослідження діагностики логічної пам'яті «Запам'ятовування 2-х рядів слів» зведені в підсумкову таблицю

Вік	Група	Словесно-логічна пам'ять			Механічна пам'ять		
		Кількість запам'ятованих слів	Номінальна оцінка рівня запам'ятовування	Бал	Кількість запам'ятованих слів	Номінальна оцінка рівня запам'ятовування	Бал
58	1	4	Середній	2	5	Середній	2
56	1	5	Середній	2	5	Середній	2
61	1	9	Високий	3	8	Високий	3
55	1	5	Середній	2	7	Високий	3
57	1	5	Середній	2	5	Середній	2
55	1	4	Середній	2	4	Середній	2
58	1	4	Середній	2	4	Середній	2
63	1	5	Середній	2	3	Низький	1
63	1	5	Середній	2	4	Середній	2
57	1	5	Середній	2	5	Середній	2
55	1	6	Середній	2	3	Низький	1
62	1	5	Середній	2	4	Середній	2
56	1	5	Середній	2	4	Середній	2
62	1	9	Високий	3	9	Високий	3
63	1	6	Середній	2	5	Середній	2
61	1	5	Середній	2	2	Низький	1
61	1	5	Середній	2	5	Середній	2
55	1	9	Високий	3	8	Високий	3
59	1	3	Низький	1	3	Низький	1
60	1	5	Середній	2	5	Середній	2
59	1	4	Середній	2	5	Середній	2

55	1	9	Високий	3	9	Високий	3
58	1	7	Високий	3	6	Середній	2
58	1	7	Високий	3	6	Середній	2
55	1	6	Середній	2	5	Середній	2
58	1	4	Середній	2	5	Середній	2
59	1	9	Високий	3	8	Високий	3
63	1	6	Середній	2	5	Середній	2
64	1	9	Високий	3	7	Високий	3
65	2	3	Низький	1	2	Низький	1
66	2	7	Високий	3	6	Середній	2
69	2	4	Середній	2	2	Низький	1
65	2	5	Середній	2	3	Низький	1
69	2	5	Середній	2	2	Низький	1
66	2	5	Середній	2	4	Середній	2
69	2	8	Високий	3	5	Середній	2
67	2	9	Високий	3	7	Високий	3
68	2	2	Низький	1	2	Низький	1
68	2	3	Низький	1	3	Низький	1
71	2	7	Високий	3	5	Середній	2
68	2	4	Середній	2	3	Низький	1
66	2	6	Середній	2	5	Середній	2
70	2	6	Середній	2	4	Середній	2
66	2	2	Низький	1	2	Низький	1
68	2	3	Низький	1	3	Низький	1
66	2	5	Середній	2	5	Середній	2
68	2	6	Середній	2	5	Середній	2
69	2	3	Низький	1	3	Низький	1

68	2	3	Низький	1	3	Низький	1
70	2	5	Середній	2	4	Середній	2
70	2	2	Низький	1	2	Низький	1
69	2	6	Середній	2	6	Середній	2
67	2	5	Середній	2	5	Середній	2
70	2	5	Середній	2	4	Середній	2
70	2	8	Високий	3	6	Середній	2
66	2	4	Середній	2	5	Середній	2
67	2	6	Середній	2	4	Середній	2
69	2	5	Середній	2	4	Середній	2
Аналіз надійнос ті McDonal d's ω	0.958			0.959			
Shapiro- Wilk p	< .001			< .001			

Додаток 7

Статистичні дані за результатами проведення методик зведені в підсумкову таблицю для проведення аналізу даних

Вік	Група	Наглядно-образна	Слухова-короткострокова	Слухова-довгострокова	Словесно-логічна	Словесно-механічна
58	1	1	1	2	1	2
56	1	1	1	1	1	2
61	1	1	1	3	3	3
55	1	2	1	2	1	3
57	1	2	2	1	1	2
55	1	2	2	1	1	2
58	1	1	2	1	1	2
63	1	2	2	1	1	1
63	1	2	2	1	1	2
57	1	2	2	1	1	2
55	1	2	2	1	2	1
62	1	2	2	1	1	2
56	1	2	2	1	1	2
62	1	2	2	3	3	3
63	1	3	2	1	2	2
61	1	3	2	1	1	1
61	1	3	2	1	1	2
55	1	3	2	2	3	3
59	1	3	2	1	1	1
60	1	3	2	1	1	2
59	1	3	2	1	1	2
55	1	3	2	3	3	3
58	1	3	2	2	2	2

58	1	3	2	2	2	2
55	1	3	3	1	2	2
58	1	3	2	1	1	2
59	1	3	3	3	3	3
63	1	3	3	1	2	2
64	1	3	3	2	3	3
65	2	1	1	1	1	1
66	2	1	1	2	2	2
69	2	1	1	1	1	1
65	2	1	1	1	1	1
69	2	1	1	1	1	1
66	2	1	1	1	1	2
69	2	1	1	1	3	2
67	2	1	1	2	3	3
68	2	1	1	1	1	1
68	2	1	1	1	1	1
71	2	1	1	1	2	2
68	2	1	1	1	1	1
66	2	1	1	1	2	2
70	2	1	2	1	2	2
66	2	1	2	1	1	1
68	2	2	2	1	1	1
66	2	2	2	1	1	2
68	2	2	2	1	2	2
69	2	2	2	1	1	1
68	2	2	2	1	1	1
70	2	2	2	1	1	2

70	2	2	2	1	1	1
69	2	2	2	2	2	2
67	2	2	2	1	1	2
70	2	2	2	1	1	2
70	2	2	2	2	3	2
66	2	3	2	1	1	2
67	2	3	3	1	2	2
69	2	3	3	1	1	2